UNIVERSITÉ DE PARIS VII
FACULTE DE MEDECINE XAVIER-BICHAT

N° 174

Année 1975 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

de MESTIER du BOURG, Philippe, Louis
Né le 22 Décembre 1944 à Paris XVI[e]
Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 19

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE DANS LES LÉSIONS GYNÉCOLOGIQUES BÉNIGNES

Indications actuelles, Techniques et Résultats
à propos de 300 hystérectomies effectuées à la
Maternité de Port-Royal, Paris.

Président : Monsieur R. HENRION, Professeur

UNIVERSITÉ DE PARIS VII
FACULTE DE MEDECINE XAVIER-BICHAT

Année 1975 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

de MESTIER du BOURG, Philippe, Louis
Né le 22 Décembre 1944 à Paris XVI°
Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 19

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE DANS LES LÉSIONS GYNÉCOLOGIQUES BÉNIGNES

Indications actuelles, Techniques et Résultats
à propos de 300 hystérectomies effectuées à la
Maternité de Port-Royal, Paris.

Président : Monsieur R. HENRION, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A la Mémoire de ma chère Mère,

qui fut un exemple incomparable
de générosité, de droiture,
de courage.

A mon Père,

en reconnaissance pour tout
ce qu'il a fait pour moi.

A la Mémoire de mon Grand-Père

A ma Soeur

A mes Frères.

Avec toute mon affection.

À mon Père,

en reconnaissance pour tout

ce qu'il a fait pour moi.

À la Mémoire de mon Grand-Père

À ma Sœur

À mes Frères.

Avec toute mon affection.

A mon Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur Roger HENRION

Professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté

Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux

qui m'a dicté le sujet de ce travail et guidé tout au long

qui me fit l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de ma vive admiration pour la rigueur de son esprit, la clarté et la précision de son enseignement.

Qu'il trouve ici l'expression de ma gratitude et de mon respectueux attachement.

A mon Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur Serge DUMAS

Professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté

Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux

A mon Maître

Monsieur le Professeur Jacques VARANGOT

Professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté

Gynécologue Accoucheur de la Maternité de Port-Royal

Membre de l'académie de Médecine

Membre de l'académie de Chirurgie

Cette thèse a été faite dans son service

En témoignage de ma reconnaissance pour son enseignement

Qu'il trouve ici l'assurance de ma très respectueuse gratitude.

A mon Maître

Madame le Professeur Catherine TCHOBROUSKY

à toute l'équipe

de la Maternité de Port-Royal.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

Internat des Hôpitaux :

Monsieur le Professeur Jacques VARANGOT

Monsieur le Professeur André SICARD

Monsieur le Docteur Jean Paul CALVET

Monsieur le Professeur Philippe MONOD-BROCA

Monsieur le Professeur Jean Louis LORTAT-JACOB

Monsieur le Professeur Gilles EDELMANN

Internat des Hôpitaux de Paris :

Monsieur le Docteur Jean Richard SINGIER

Externat des Hôpitaux :

Monsieur le Docteur Pierre GUENIN

Monsieur le Professeur Robert JUDET

Monsieur le Professeur René KUSS

Monsieur le Docteur Daniel MAHOUDEAU

Monsieur le Professeur Jean CAMBIER

Monsieur le Professeur Roland BOUCHARD (in mémoriam)

Monsieur le Professeur Paul PIALOUX

Monsieur le Professeur Jean LEVY

A leurs assistants et chefs de cliniques.

A mes autres Maîtres dans les Hôpitaux

Monsieur le Professeur Pierre HAUTEFEUILLE

Monsieur le Professeur Jean NATALI

Monsieur le Professeur François FEKETE

Monsieur le Professeur Robert GIULI

Monsieur le Professeur Pierre TESTAS

En remerciement pour l'enseignement chirurgical incomparable qu'ils m'ont donné.

A tous mes Compagnons de Travail

A tous mes Amis.

L'HYSTERECTOMIE ABDOMINALE DANS LES LESIONS GYNECOLOGIQUES BENIGNES.

Indications actuelles, techniques et résultats.

A propos de 300 hystérectomies effectuées à la

Maternité de PORT ROYAL - PARIS.

INTRODUCTION :

Nous avons revu 300 cas d'hystérectomies effectuées à la Maternité de PORT ROYAL, pendant une période de 5 ans de 1968 à 1972. Nous avons voulu préciser les indications actuelles, les différentes techniques, en insistant sur les suites opératoires et le confort des malades.

Nous avons comparé nos résultats à ceux de la littérature internationale.

Plusieurs opérateurs se sont succédés à la Maternité de PORT ROYAL en 5 ans. Les changements successifs de chirurgiens ont pu modifier l'homogénéité de cette série. Toutefois, dans la majorité des cas, les mêmes indications et les mêmes techniques ont été conservées et le résultat d'ensemble reste caractéristique.

NOTRE PLAN EST LE SUIVANT :

I - L'AGE DE NOS OPEREES - ETUDE DE LA POPULATION

II - LES INDICATIONS

LA LATENCE ENTRE LE DIAGNOSTIC ET L'INTERVENTION

A - Les Indications proprements dites.

1) FIBROMES

2) ENDOMETRIOSE - ADENOMYOSE

3) LES AUTRES INDICATIONS

1° Polypes

2° Pathologie annexielle

3° Les dysplasies

4° L'épithélioma intra épithélial

5° Syndromes douloureux pelviens

6° Indications diverses

B - LATENCE entre le diagnostic et l'intervention
Essai de traitement médical

III - EXAMENS PRE OPERATOIRES : DEPISTAGE D'UN PROLAPSUS OU D'UNE INCONTINENCE URINAIRE.

a) Antécédents obstétricaux

b) Examen clinique

c) Examens complémentaires

IV - LES INTERVENTIONS

a) Les types d'interventions

b) Le problème de la conservation ovarienne

c) Le drainage

d) La péritonisation

e) Les interventions associées

V - LES SUITES OPERATOIRES

a) Les incidents

b) Les complications

c) Morbidité - Mortalité

d) Les traitements dans les suites

e) La durée d'hospitalisation

f) Les suites opératoires lointaines

A - Confort

B - Résultats anatomiques

VI - CONCLUSIONS

I - REPARTITION DES HYSTERECTOMIES SELON L'AGE DES OPEREES. ETUDE DE LA POPULATION.

Nous avons mis sur un diagramme en abscisse l'âge, et en ordonnée le nombre de nos opérées. (Tableau I)

Nous constatons ainsi que 82,3 % ont été opérées entre 34 et 54 ans, dont 57 % entre 40 et 50 ans.

26 après la ménopause.

55 après 50 ans.

28 chez des malades de moins de 35 ans (9 %) et,

2 avant 30 ans.

74 des malades avaient moins de 40 ans, soit 24,6 %.

Ces chiffres sont sensiblement en rapport avec ceux de la littérature, mais notre série d'opérées comporte un pourcentage plus important de cas entre 40 et 50 ans : 57 %.

Ainsi :

KUHN	50%, dont 42 de - de 35 A (sur 400 cas)
ISRAEL et GOLFINE	45,5%, dont 15 de - de 35 A (sur 200 cas)
HOWKINS et WILLIAMS	46,9%, dont 25% de - de 40 A (sur 1000 cas)
ACKEN et ZAROU	26 de - de 35 A (sur 213 cas)
RODRIGUEZ	37,8 %, dont 27% de - de 40 A (sur 1587 cas)
CONTAMIN	59,5%, dont 36 de - de 30 A (sur 700 cas) 25,6% de - de 40 A

L'âge moyen de nos opérées se situe donc entre 40 et 50 ans. Nous intervenons rarement au dessous de 40 ans et très rarement au dessous de 35 ans.
Les deux malades de moins de 30 ans étaient des urgences obstétricales. Pour ces cas la chirurgie conservatrice garde sa place.

II - LES INDICATIONS

LA LATENCE ENTRE LE DIAGNOSTIC ET L'INTERVENTION

A - Les Indications proprement dites.

Nous avons limité volontairement ce travail aux lésions gynécologiques bénignes. Nous entendons sous le terme bénin :

- les fibromes
- l'endométriose
- les polypes
- les annexites
- les dysplasies
- les tumeurs ovariennes bénignes
- les lésions douloureuses du péritoine pelvien.

Nous avons ajouté les quelques cas d'épithélioma intra-épithélial que nous avons rencontrés au cours de ces 5 années. Cette lésion étant considérée comme pré-cancéreuse, à la frontière de la dysplasie, dont le potentiel évolutif est différemment apprécié selon la conviction des auteurs ; nous l'avons donc inclue dans notre travail en reconnaissant qu'elle est à la limite des lésions bénignes.

Nous avons éliminé les formes obstétricales, sauf 6 cas "d'avortements thérapeutiques" faits dans un contexte pathologique bien particulier.

Nous avons réuni sur le tableau II nos diverses indications pour ces 300 cas, et comparé leur fréquence à celle des publications diverses. (Tableau III)

La grande indication a été le fibrome qui domine de très loin, comme d'ailleurs dans les autres statistiques. Ces statistiques peuvent varier selon que l'on envisage l'indication pour fibrome, ou tous les fibromes rencontrés comprenant ceux découverts à l'exploration. Pour notre part, il s'agit de diagnostic pré opératoire.

L'indication d'endométriose ou d'adénomyose est moins fréquente dans notre statistique (5 %) que dans les autres statistiques (KUHN 13,5 %, ACKEN 11,2 %, HOWKINS 19,7 %), mais leur découverte en per opératoire, ou post opératoire par l'examen histologique, a été assez importante.

Enfin, nous avons eu peu d'indications pour "hémorragies fonctionnelles" (1,6 %). Le travail de MOUSSELON et SERVAGEAN montre bien qu'il s'agit le plus souvent d'adénomyose ou d'endométriose (60 % sur 200 cas).

Pour terminer, nous avons pu isoler quelques indications pour syndrome douloureux pelvien récidivant avec lésions du péritoine pelvien (3 %) que nous avons découverts par ailleurs dans un certain nombre de cas en per operatoire.

1) FIBROMES

Ce sont sans aucun doute les tumeurs bénignes les plus fréquemment rencontrées.
(KUHN 58 %, CONTAMIN 51,8 %, ISRAEL 81 %, ACKEN 63,3 %, SMITH 60,7 %)
Ces tumeurs, véritablement oestrogéno-dépendantes qui surviennent avec prédilection entre 40 et 50 ans (62,3 % de nos fibromes), étaient la cause des hystérectomies dans 186 observations, soit 62 % des cas. (Tableau IV)

Certes, leur apparition chez les femmes jeunes est de plus en plus fréquente, se manifeste souvent plus bruyamment, mais donne lieu à des myomectomies et donc n'apparaissent pas dans notre statistique.
Ainsi nous avons constaté : 24,7 % avant 40 ans, dont 7% avant 34 ans.

Quant à leur existence après la ménopause, sur les 12 cas que nous avons réunis, il s'agissait le plus souvent d'une découverte fortuite au cours d'un examen pour douleurs pelviennes ou petites métrorragies ou frottis classe 3.

Ces 186 fibromes n'ont pas constitué la totalité. Nous en avons en tout trouvé 195 (65 % des 300 cas) ; les 9 cas en plus, ne constituant pas d'indication princeps, mais une association à une manifestation plus bruyante et dominante.

Enfin, 45 fois (23 % des fibromes) le fibrome était associé à une autre lésion :

. endométriose 15 fois

. polype 17 fois

. kystes de l'ovaire 8 fois

. annexite 5 fois.

Les manifestations cliniques révélatrices de ces fibromes sont variées. (Tableau V)

- Les ménorragies sont le signe dominant le plus caractéristique et représentent 51,6 % des signes révélateurs.
Leur abondance peu retentir sur la formule sanguine, d'autant que les ménorragies peuvent s'associer à des métrorragies, évoquant alors un fibrome sous muqueux ou un polype fibreux intra cavitaire. L'association d'un fibrome ou d'un polype constitue pour nous une indication opératoire formelle.

- Les douleurs pelviennes 34 cas, soit 18,2 % ne semblent être révélatrices que pour des fibromes très volumineux, compliqués ou associés à une endométriose.
Nous avons observé 8 nécrobioses et une torsion aigue d'un myome pédiculé.

- Le volume du Fibrome dans 25 cas (13,4 %).
Il s'agissait de fibromes asymptomatiques toujours plus gros qu'un pamplemousse, soit 10 à 15 cms de diamètre.
Les malades consultaient pour une augmentation isolée du volume de leur abdomen.

- Les métrorragies sont beaucoup plus suspectes. Elles n'ont été retrouvées que dans 20 cas soit 10,7 % des signes révélateurs. Mais en dehors du cancer systématiquement recherché, ces métrorragies peuvent ne pas être l'expression du fibrome, mais celle d'un déséquilibre oestro progestatif ou d'une adénomyose associée.
Dans 2 cas, la métrorragie a été révélatrice d'un fibrome, au cours d'un traitement anticoagulant.

- Une dysménorrhée secondaire fut révélatrice d'un fibrome 7 fois. MUSSET attribue ce fait à un reflux tubaire, lié à la compression intra utérine du fibrome.

- Nous avons eu seulement 2 malades qui présentaient des signes urinaires (dysurie, pollakiurie) accompagnant un fibrome volumineux, antérieur, irritant la face postérieure de la vessie. MUSSET a écrit que le seul signe urinaire était la rétention aigue d'urine matinale en cas de fibrome postérieur. Nous ne l'avons pas observé.

Voici donc les divers modes d'expression majeure de nos fibromes.

Mais l'indication opératoire va être la résultante d'un faisceau d'arguments comportant outre, l'examen physique, le frottis (systématique) et surtout l'hystérosalpingographie, examen essentiel qui localise le siège du fibrome, précise la morphologie de la cavité et révèle un fibrome sous muqueux (27 cas) qui sont pour nous une indication opératoire ; car il ne faut pas espérer une amélioration des signes fonctionnels sous traitement, ces fibromes se surinfectent, sont à tendance très hémorragique et peuvent se nécroser.

Un certain nombre de ces fibromes ont été soumis à un traitement médical d'essai : 67 fibromes sur 186, soit 36 %, à l'exclusion évidemment des oestrogènes "qui arrosent le fibrome" et entrainent des poussées évolutives et des androgènes qui surtout favorisent la pilosité ; nous avons utilisé les progestagènes à doses physiologiques en fin de cycle.

Ces traitements ne peuvent pas faire disparaître le fibrome mais visent à améliorer les manifestations associées, et à tenter d'atteindre la ménopause, stade de regression et de stabilisation spontanée.

L'augmentation progressive du volume du fibrome et l'existence d'hémorragies de plus en plus abondantes, malgré le traitement, sont des indications indiscutables à l'intervention.

En résumé, quels vont être les fibromes que nous allons opérer ?

- Les fibromes hémorragiques, résistant au traitement, entrainant à la longue un état d'anémie hypochrome tel qu'une nouvelle hémorragie pourrait être redoutable, mais aussi les hémorragies aigues ne se tarissant pas même après un curetage d'urgence de la cavité utérine. Ajoutons qu'une étude de la crase sanguine est absolument indispensable chez ces malades qui présentent parfois des troubles de l'hémostase surajouté, notamment peuvent faire une C.I.V.D.
- Les fibromes douloureux et les gros fibromes qui occasionnent des pesanteurs pelviennes et sont volontiers le siège de nécrobioses.
- Ceux qui déforment nettement la cavité utérine et en particulier les fibromes sous-muqueux.
- Ceux qui entrainent des signes urinaires.
- L'association du fibrome à une autre lésion, en particulier dysplasie cervicale, polypes, adénomyoses, tumeurs ovariennes, annexites.
- Deux aspects nouveaux :

  a) les jeunes femmes présentant un fibrome et désirant une contraception .

  b) les femmes agées qui souhaitent une oestrogénothérapie.
- Vont jouer enfin dans nos indications la condition sociale, la parité, la possibilité de repos, les interventions antérieures.

2) ENDOMETRIOSE - ADENOMYOSE

Rappelons quelques définitions :

L'endométriose externe est la présence d'ilots de muqueuse utérine situés en dehors de la cavité utérine, avec prédilection sur les trompes, les ovaires, les ligaments utéro-sacrés et le cul de sac de Douglas.

L'endométriose interne ou adénomyose est la colonisation bénigne par des foyers d'endomètre ectopique, du myomètre, soumis à une hypertrophie diffuse du voisinage.

L'endométriose est certainement une affection fréquente et l'appréciation de cette fréquence est difficile car les auteurs n'ont pas toujours les mêmes critères de diagnostic.

Ainsi, MATHUR, sur 741 hystérectomies trouve 391 adénomyoses, soit 52 %.

CROSSEN, 20 à 30 %.

JOHNSON 28 %.

Pour notre part, nous n'avons que 3 cas formant une indication opératoire pour adénomyose et 12 cas pour endométriose externe, soit 5 % de nos indications.

En fait, il faut distinguer 3 types d'endométriose, selon le mode révélateur :

a) clinique

b) macroscopique

c) microscopique

a - L'endométriose cliniquement décelable constituant ou non une indication opératoire en sachant les difficultés de son diagnostic :

(BENSON : le diagnostic n'est porté que dans 10 % des cas environ.

MOUSSELON constate 60 % d'endométrioses sur 200 hystérectomies pour hémorragies dites "fonctionnelles").

Dans notre série :

adénomyoses : 8 cas

endométriose : 21 cas

Cette faible proportion est certainement la conséquence des traitements par oestro-progestatif (Pilule).

b - L'endométriose découverte au cours de l'opération per opératoire, ici 46 fois signalée sur les comptes rendus opératoires sous la forme d'adhérence recto-utérine, ou "yeux de perdrix" sur les utéro-sacrés.

c - Enfin les lésions d'endométriose découvertes à l'examen anatomopathologique, soit 71 fois sur nos résultats histologiques (24 %) encore que ces résultats ne sont pas toujours concordants avec l'examen macroscopique des pièces et l'examen clinique.

Au total, nous arrivons entre 20 et 25 % de lésions d'endométriose sur nos 300 cas.

Ouoiqu'il en soit, l'endométriose externe parait être plus fréquente que l'adénomyose.

Notre Maître le Professeur VARANGOT a regroupé les statistiques de 9 auteurs correspondant à 1022 pièces, montrant 484 adénomyoses (47 %) par rapport à l'endométriose.

Pour notre travail, la proportion d'adénomyose par rapport à l'endométriose était de 20 %. (KUHN 50 %)

Quant à l'association adénomyose - endométriose, elle semble rare (VARANGOT 8,6 %, MATHUR 0,75 %)

Enfin, l'association d'endométriose au fibrome, très classique, est aussi très variable :
NOVAK 62,5 % de fibromes dans ses cas d'adénomyoses.
MATHUR 19,1 % d'endométrioses sur une statistique de fibromes.
PORT ROYAL 10 % d'endométrioses sur nos fibromes.
KUHN 10 %.

En conclusion nos indications opératoires vont être différentes selon qu'il s'agit :

1 - d'adénomyose difficile à traiter qui ne peut être souvent guérie que par l'hystérectomie éventuellement inter annexielle.
2 - d'endométriose externe qui réagit bien au blocage de l'ovulation par les oestro-progestatifs.

3) LES AUTRES INDICATIONS :

1° Polypes 26 cas, soit 8,6 %

2° Pathologie annexielle : 21 cas

Elle constitue donc 6,9 % des hystérectomies regroupant 11 kystes ovariens dont 10 bénins et 1 qui s'est révélé être, à l'examen anatomopathologique, un cystadénocarcinome séro papillaire, puis 10 lésions infectieuses en général pyosalpinx ou abcès de l'ovaire.

3° Les dysplasies :

Ceci ouvre le chapître vaste des formes pré-cliniques du cancer du col utérin. ROBERT définit la dysplasie comme une disparition de l'architecture normale de l'épithélium de surface ; donc toutes les anomalies de différenciation de l'épithélium pavimenteux de surface, et selon le stade de cette différenciation certains ont voulu opposer les dysplasies de haut degré (BORDERLINES LESIONS) analogues à l'épithélioma intra épithélial, aux dysplasies de faible degré considérées comme bénignes.

Notre attitude, une fois l'alerte cytologique donnée, est de faire une conisation, opération simple et en général suffisante. D'autres font une biopsie orientée par le test de SCHILLER et ne font une conisation qu'en cas de discordance avec les frottis.

L'argument généralement utilisé contre la conisation étant le risque de lésions résiduelles et leur évolutivité.

Sur les diverses enquêtes retrouvées, le risque de telles lésions se situerait autour de 25%, VARANGOT (1968) sur

110 cas d'hystérectomies, après conisation, trouve encore 22,7 % de lésions résiduelles. Ceci tient compte probablement à l'étendue de l'évidement tronconique, soit à une possible propagation vaginale, surtout sur la face postérieure du vagin.

A PORT ROYAL, nous faisons toujours une épreuve au lugol avant la conisation pour bien déterminer les limites externes de la lésion, mais l'extension vers le haut est toujours difficile à connaître. Il peut y avoir aussi une micor invasion avec embol lymphatique qui passera inaperçu. Ces risques justifient une surveillance rigoureuse dans les suites de la conisation.

Quant au potentiel évolutif de ces lésions résiduelles : en fait il semble que la conisation suffise à induire la régression de ces lésions et inhiber leur évolution, peut-être par une inter action entre l'hôte et la tumeur, d'ordre immunologique. La réduction volumétrique de la tumeur laissant à l'hôte la dominante.

Ainsi, COPPLESON, sur 1500 cas d'épithélioma intra épithélial traités par résection économique, a vu un seul cancer invasif secondaire. VARANGOT, sur 69 cas, une seule récidive.

En fait, notre préoccupation réside dans la transformation possible des dysplasies en Epithélioma intra épithélial. RICHART a montré, sur une série de 557 malades, suivis pendant 3 ans, une transformation de 39 % de dysplasies du haut degré en in situ, 31 % des dysplasies de moyen degré

en haut degré et 22 % de dysplasies minimes en moyen degré.

Ainsi après conisation, la conduite à tenir est dictée par le résultat histologique, après étude sur des coupes sériées, car nous complétons par l'hystérectomie :

1. si la tranche de section de conisation passait dans la dysplasie.
2. si la conisation a trouvé une dysplasie sévère et par ailleurs la patiente avait plus de 40 ans.

Sur nos 300 cas, nous avons fait 11 hystérectomies pour dysplasies (3,6 %).
La limite supérieure de la lésion qui semblait dépasser l'extrémité supérieure du cône de conisation n'a pas toujours montré sur la pièce opératoire l'atteinte attendue. Mais ceci concorde avec les données de plusieurs enquêtes, ou dans 50 à 90 % des cas on ne retrouve pas trace d'une lésion. Enfin, sur l'examen anatomopathologique systématique des 300 utérus, nous n'avons découvert que 5 dysplasies passées totalement inaperçues.

4° L'épithélioma intra épithélial (E.I.E)

Véritablement à la frontière de nos indications dites bénignes, les 15 indications que nous avons rassemblées au cours de ces 300 hystérectomies justifient

leur discussion.

La prolifération et le caractère pré-invasif de l'E.I.E. ne sont pas universellement admis ; pour LANGE et PETERSEN 25 % des cas d'E.I.E. passeraient au stade invasif. Ceci explique la solution radicale en général choisie et largement préconisée par l'Ecole CURIE avec PILLERON, qui traite la lésion comme un stade I, ou comme H.G. ROBERT qui préconise une opération de WERTHEIM.

En cas de conisation, le moindre doute histologique sur la pièce est pour nous l'indication formelle, à une hystérectomie associée à une lymphadectomie si on trouve des adénopathies à l'exploration per opératoire, et en principe sans physiothérapie, sauf surprise devant le résultat histologique des ganglions.

Sur nos 15 cas (5 %) les frottis ont été :

- 10 fois classe IV
- 5 fois classe V

8 malades avaient été conisées d'abord, et 7 ont subis une hystérectomie d'emblée.

Sur les pièces d'hystérectomies après conisation, une pièce n'a pas montré de lésions résiduelles, 2 pièces ont montré une dysplasie sur la zone de jonction, et 5 pièces ont confirmé la lésion résiduelle, soit donc 30 %.

Par ailleurs, sur l'ensemble de nos hystérectomies nous avons trouvé, à l'examen cytologique systématique

des pièces, 2 épithélioma intra épithélial, soit 0,75 %.
TE LINDE, sur 1500 pièces opératoires après hystérectomie totale, trouve 0,6 % de cancers du col passés inaperçus.
ALDRIDGE, sur 500 pièces trouve 3 E.I.E. soit 0,6 %.

5° Syndromes douloureux pelviens récidivant avec lésions du péritoine pelviens constatées à la coeliosoopie.

Nous en avons retenu 9, soit 3 % de nos cas. Syndromes qui, par leur intensité et leur gravité (signes nets de désunion génito pelvienne) ont nécessité une hystérectomie totale selon la technique d'ALDRIDGE.

Par ailleurs, l'exploration per opératoire découvrait 12 lésions péritonéales, de gravité moindre, dont 3 ont nécessité une douglassectomie complémentaire.

6° Indications diverses : 17 soit 5,6 %

comprenant :

- 3 hystérectomies après césarienne
- 7 hémorragies "fonctionnelles"
- 1 cas de tuberculose génitale
- 3 cas de salpingites chroniques
- 3 fois une association à un prolapsus.

B - LATENCE entre le diagnostic et intervention.

Essai de traitement médical.

Le temps de latence entre le moment du diagnostic et le jour opératoire est évidemment fonction de l'indication et de la gravité des symptomes.

Nous avons vu que 36 % de nos fibromes, soit 67 cas, ont été soumis au traitement médical d'essai. A part le fibrome, la tentative de traitement va surtout concerner les hémorragies fonctionnelles dues en particulier à des hyperplasies glandulo kystiques et endométriose.

Au total, 105 cas ont été soumis au traitement médical d'essai. La latence pré opératoire va donc être variable.

Par ailleurs, il faut souligner qu'en dehors de rares indications urgentes, beaucoup de cas nous ont été confiés à un stade où le traitement médical avait été déjà essayé en consultation, ce qui explique (Tableau VI) que 31,6 % de nos malades ont été opérés dans les premiers mois, 63,9 % de nos malades dans les 6 mois qui suivent le diagnostic de leur affection , et 74,9 % dans l'année.

En conclusion, dans l'ensemble un résultat médical médiocre nous a conduits assez rapidement à proposer aux malades une intervention.

Certains auteurs comme ACKEN et ZAROU semblent prolonger leur temps d'observation entre 3 et 5 ans, ce qui ne semble pas nécessaire à nos yeux.

III - EXAMENS PRE OPERATOIRE : DEPISTAGE D'UN PROLAPSUS OU D'UNE INCONTINENCE URINAIRE.

Avant d'aborder l'étude des diverses techniques utilisées, il n'est pas question d'opérer, sans avoir fait pousser la patiente et avoir recherché un prolapsus, ou une incontinence d'urine, de matièresou de gaz, ni sans avoir apprécié la tonicité périnéale en sachant qu'un prolapsus peut être masqué par la masse d'un fibrome et que l'intervention radicale serait alors suivie d'un prolapsus difficile à réduire.
On fera cette recherche d'autant plus que la patiente présente des antécédents obstétricaux.

a) Antécédents obstétricaux :

1 - pour celles qui présentaient un prolapsus (34 cas).

21 avaient eu des enfants de moins de 3 kg 500

6 avaient eu des enfants de 4 kg

7 avaient eu des enfants de plus de 4 kg (1 ou 2)

Par ailleurs, 7 avaient eu un accouchement dystocique ayant nécessité l'utilisation d'un forceps (20,5%) et une, un "périnée complet".

Les parités étaient les suivantes :

1 avaient eu 9 grossesses
4 " " 4 grossesses
9 " " 3 grossesses
8 " " 2 grossesses
12 " " 1 grossesse

Seuls 18 de ces prolapsus ont justifié un temps opératoire, comme nous le verrons plus loin.

2 - Pour les 30 malades chez qui fut découvert une incontinence urinaire, le plus souvent une incontinence d'effort, discrète, liée en général à une cystocèle.

24 avaient eu des enfants de moins de 3 kg 500
5 avaient eu des enfants jusqu'à 4 kgs
1 avait eu un enfant de plus de 4 kg.

Par ailleurs, pour 10 il avait été nécessaire de faire un forceps (30 %)

Enfin, nous avons retrouvé 4 "périnées complets" dans cette série.

Les parités étaient :

5 avaient eu 4 grossesses
5 " " 3 grossesses
10 " " 2 grossesses
9 " " 1 grossesse
1 avait eu 0 grossesse

Seules 25 de ces 30 malades ont subi une cure de leur incontinence.

Enfin, 6 de nos malades associaient à la fois un prolapsus et une incontinence ; et seulement une avait déjà été opérée d'un prolapsus (antérieur + postérieur + cloisonnement du douglas), l'incontinence étant survenue dans les suites opératoires proches.

En conclusion, la notion de multiparité, quoique favorisante, n'apparaît pas ici déterminante dans la génèse du prolapsus ou de l'incontinence, pas plus que le poids de l'enfant.

Par contre, on peut remarquer que pour 20,5 % de ces prolapsus et 30 % de ces incontinences, il y eu un accouchement dystocique et l'utilisation d'un forceps.

b) <u>examen clinique</u>

Pour bien préciser la technique de la cure de prolapsus, ou d'une incontinence urinaire d'effort, il est nécessaire de faire un certain nombre de gestes et d'examens complémentaires :

- tout d'abord reconnaître l'incontinence, la distinguer de troubles mictionnels (pollakiurie, miction impérieuse), et répondre à deux questions :

l'incontinence est-elle précédée d'un besoin d'uriner ?
l'incontinence est-elle strictement liée à l'effort ?

- ensuite, il faut constater la fuite d'urine à la poussée, sur une vessie pleine, et s'aider :

. de la manoeuvre de BONNEY (la fuite d'urine est stoppée si on glisse deux doigts dans la vagin, de part et d'autre de l'urètre, en les rapprochant du pubis)

. ou de la manouevre de BETHOUX (contre poussée, en direction du promontoire, sur les cul-de-sac latéraux du vagin),

ces deux manoeuvres affirmant que l'incontinence est justiciable de la chirurgie.

Mais, cette incontinence peut être masquée par un prolapsus. Il est alors nécessaire de faire pousser, sous contention sélective et successive, par valve vaginale, du vagin antérieur, du vagin postérieur, du col utérin : éliminant l'effet pelote d'un colpocystocèle, d'une colpocèle postérieure, ou d'une hystérocèle.

c) <u>examens complémentaires</u>

. <u>le colpocystogramme</u> mis au point par BETHOUX "permet de fixer sur un calque commun de deux clichés radiographiques, l'amplitude maximale d'animation passive des viscères pelviens, sous les effets antagonistes, de la poussée d'effort abdomino-thoracique, et de l'effort de retenue de la musculature périnéale".

Ceci après opacification préalable des viscères pelviens.

Cet examen est surtout nécessaire en cas d'incontinence masquée

par un prolapsus, dont la cure chirurgicale exposerait à la démasquer dans les suites opératoires immédiates. Il est donc indispensable de mesurer la cystoptose et d'en déduire un temps opératoire.

. l'uréthro-cysto-manométrie peut être nécessaire pour tester la tonicité sphinctérienne et faire la part d'une insuffisance sphinctérienne associée.

EN CONCLUSION : nous avons ainsi découvert 34 prolapsus (antérieurs ou postérieurs), dont 4 avaient déjà été opérés, une avait eu une cure d'incontinence urinaire associée.

Par ailleurs, 30 cas d'incontinence urinaire d'effort, dont 1 avait déjà eu une cure de prolapsus antérieur.

IV - LES INTERVENTIONS.

a) Les types d'interventions

Depuis longtemps s'opposent les partisans de l'hystérectomie totale à ceux de l'hystérectomie subtotale. Notre préférence va sans nul doute à l'hystérectomie totale. Rappelons les avantages et les inconvénients classiques de chaque méthode.

Subtotale :

Les avantages semblent être :

- la plus grande facilité opératoire, en fait surtout lors d'un d'endométriose ou d'infection aigue.
- la préservation de la statique pelvienne.
- la conservation du col ; elle aurait un rôle dans l'orgasme profond qui serait sous la dépendance des plexus hypogastriques ("le col, condition de balistique amoureuse" FUNCK-BRENTANO). En fait, ceci est très hypothétique et dans la majorité des cas il existe déjà des troubles des rapports.

Les inconvénients sont majeurs :

- le col restant ne remplit pas le rôle prévu en particulier quant à la prophylaxie du prolapsus, certains auteurs (HUGUIER, GOSSELIN, PHANEUF) estiment que le pourcentage de prolapsus du moignon après hystérectomie subtotale, est plus important que celui du fond vaginal après hystérectomie totale.

- le col restant est le siège d'une pathologie infectieuse propre (CRAWFORD), mais surtout néoplasique, cancer restant du col ou cancer du col restant.
Ce risque doit faire écarter, à partir d'un certain âge, toute idée d'hystérectomie subtotale.
Les statistiques de cancérisation du col restant sont variables selon les auteurs. La plupart estime (PEARSE, MARVIN, DUNN) que le pourcentage de cancers du col est le même, que la femme ait subi ou non une hystérectomie subtotale. En moyenne, cette fréquence est de 8 % (CURIE), 9 % (GUSTAVE ROUSSY). D'après MUSSET 6 % des cancers du col utérin sont sur des cols restants (ALDRIDGE 7 %), avec survie à 5 ans rare.

Quant aux cancers restés du col, admis par tous comme survenant dans les 3 ans qui suivent l'opération, leur fréquence semble diminuer avec de meilleures techniques de dépistage, néanmoins les chiffres actuels en sont inquiétants :
statistiques de GUSTAVE ROUSSY (1965) 23 %
Fondation CURIE (1968) 17,5 %
La gravité de ces cancers restants du col semble comparable à celle des cancers du col restant.

L'hystérectomie totale semble ainsi s'imposer, au moins comme assurance contre le cancer du col restant. Son exécution est facile au prix de quelques artifices et de précautions opératoires, en particulier une bonne suspension du dôme vaginal.

On a reproché à l'hystérectomie totale le danger du clivage vésico vaginal, le risque urétéral et son incidence sur la statique pelvienne.
La technique intra-fasciale mise au point par ALDRIDGE semble répondre le mieux à ces impératifs :
- en passant entre le fascia péri cervical et le col utérin, donc à distance de la vessie et des uretères.
- intervention peu hémorragique si on reste dans le bon plan de clivage.
- conservation des structures physiologiques de soutien du dôme vaginal, sans modifier la statique pelvienne.

Les incidents hémorragiques sont rares, si on a pris la précaution d'une bonne hémostase de la tranche vaginale et surtout de ses angles (source principale d'hémorragie post-opératoire). C'est pourquoi, nous réalisons toujours un surjet hémostatique antérieur et postérieur sur la tranche vaginale, fixé aux angles. La tranche vaginale est laissée ouverte, permettant un drainage sous péritonéal naturel.

Il va sans dire que le frottis est souverain dans la décision de cette technique et qu'à partir du stade III, on réalise systématiquement une ablation plus large de tissus, en utilisant la technique de WIART, de peur de laisser une parcelle de col dystrophique en place. Mais cette dernière technique a l'inconvénient de passer plus près des uretères et de la vessie, et de supprimer un élément de la statique pelvienne en enlevant le fascia péri cervical.

C'est pourquoi nous réinsérons systématiquement ici les ligaments cardinaux aux angles du vagin, apportant un élément de soutien supplémentaire au dôme vaginal.

En conclusion, l'hystérectomie subtotale doit être rare, réservée surtout lorsqu'il existe des difficultés opératoires majeures ou des incidents obligeant à terminer vite.

Sur nos 300 hystérectomies, il a été réalisé : (Tableau VII)

- hystérectomies totales (71,7 %)
  - ALDRIDGE : 135 cas (45%)
  - WIART : 80 cas (26,6%)
- hystérectomies subtotales : 85 cas (28,3%)

Pour la voie d'abord, il a été réalisé :

- médiane sous ombilicale 260 fois (86,6 %)
- Pfannenstiel 40 fois (13,4 %)

Nous avons regroupé sur le tableau VIII, nos résultats à ceux des statistiques connues, ajoutant encore à la prévalence de l'hystérectomie totale. Les publications Nord-Américaines (de CHAMMARD, 1964) montrent un taux d'hystérectomie abdominale totale évoluant entre 90 et 100 %.

Ces auteurs préfèrent encore la voie vaginale à l'hystérectomie subtotale, s'il y a une contre indication à la voie abdominale (mauvais état général, obèse, sujet agé).

AINSI :

SMITH	sur 313 cas,	87%	d'hystérectomies	totales
ROYAL JUBILEE HOSPITAL	sur 767 cas,	55,1%	"	"
GORDON JOHNSON	sur 4239 cas,	90,7%	"	"
TE LINDE		96%	"	"
ACKEN et ZAROU	sur 213 cas,	81,7%	"	"
LANOS et POITRINAL	sur 1131 cas,	91%	"	"
CONTAMIN	sur 608 cas,	66,3%	"	"
RODRIGUEZ et PANTALERO	sur 1587 cas,	70%	"	"
	et	30%	d'hystérectomies vaginales.	

Nos chiffres (H. Totales 71,7 %) s'inscrivent dans la moyenne de ces auteurs. Toutefois, sur les deux dernières années de nos observations, nous avons réalisé 85 à 90 % d'hystérectomies totales. Ceci correspond à la tendance actuelle du service.

b) Le problème de la conservation ovarienne

S'opposent encore ici deux écoles : les partisans de la castration et les conservateurs (rapport de FUNCK-BRENTANO 1959).

Arguments des conservateurs :

La majorité des auteurs sont conservateurs jusqu'à 40 - 50 ans et conseillent la castration au-delà (FUNCK-BRENTANO, ALDRIDGE, MEIGS, MOCQUOT, MOULONGUET, VARANGOT, SICARD, HUGUIER, MAYER.)
Ils arguent que le risque de cancérisation, du tissu ovarien restant, ne dépasse guère 1 %, et d'autre part désirent principalement éviter les troubles de la castration.
Ce sont les troubles trophiques post castraux (atrophie morphologique globale du tractus génital avec vaginite), mais aussi les troubles neuro végétatifs, particulièrement les bouffées de chaleur :
10 % de nos malades
35 % pour CONTAMIN (dont 14 % de pénibles)
20 % des malades de FUNCK-BRENTANO
26,8 % pour ALDRIDGE.
Ces troubles disparaissent après hormonothérapie.

En fait, l'équilibre semble s'établir à nouveau, au bout de 6 mois, sans doute par suppléance probable de la glande surrénale (CONTAMIN), l'apport supplétif physiologique entrant très tôt en jeu dans la baisse d'activité de l'ovaire.

Quant aux signes psychiques post castraux : QUIVY parle du " complexe de la femme castrée " (complexe de la serviette, crainte d'un embonpoint), ils semblent plus l'apanage des femmes désoeuvrées. Les variations pondérales sont, en fait, très minimes après castration. La prise de poids n' a été réelle que dans 2 % des cas environ. (Même pourcentage pour CONTAMIN).

Enfin, les troubles de la sexualité sont rares ; un peu de préparation psychologique du malade devrait les éviter totalement, en sachant que bien souvent, ils existaient avant l'intervention. D'ailleurs, la libido de ces malades se rétablit fréquemment, car elles sont alors débarassées du facteur causal du rapport douloureux, de la hantise d'une grossesse.

En conclusion : ces troubles de la castration sont le plus souvent intenses, mais l'oestrogénothérapie est en général parfaitement efficace.

Arguments des partisans de la castration :

Ils sont au nombre de deux :

. les troubles fonctionnels liés à l'ovaire restant unique : nombreux, sont ceux qui se refusent à laisser un ovaire restant, pour éviter, dit-on, les troubles de la castration. Celui-ci serait le siège d'une pathologie propre (ROUX et MOCQUOT), appelé " syndrome de l'ovaire restant " (bouffées de chaleur,

douleurs). En effet, il subit une hyperplasie souvent dystrophique, par un excès de stimulation dû, pour les uns (FUNCK-BRENTANO) à une défrénation partielle, et engendrant des kystes folliculaires multiples. Les traitements anti oestrogéniques (progestérone) en viennent en général à bout. Pour d'autres (ROUX et MOCQUOT), ce syndrome serait dû aux modifications d'inervation, de vascularisation de l'ovaire restant, d'où la nécessité de conserver la trompe, dans toute sa longueur avec le méso-salpinx, pour assurer au maximum une bonne vascularisation de l'ovaire restant.

Ainsi, on est parfois obligé de réintervenir pour retirer cet ovaire restant :

LANGERON 6 %

DE NEEF 3,2 %

FUNCK-BRENTANO 2 %

PORT ROYAL 1 cas.

Chez nos malades; 5 sur 25 (20 %), à qui on avait conservé du tissu ovarien, ont présenté des petits troubles que l'on pourrait rattacher au syndrome de l'ovaire restant ; ce qui est un peu supérieur à KUHN (12,8 %).

La conservation d'un ovaire unique semble donc très controversée. Il semble qu'il faille retirer les deux ovaires, si la castration est décidée.

En fait, deux risques majeurs à la conservation :

- le réveil infectieux, l'ovaire restant constitue vite un organe clos. Le moindre doute septique sur les trompes doit faire retirer les deux ovaires.
Nous avons observé un cas d'abcès de l'ovaire restant, qui nous a obligés à réintervenir.

- le risque cancéreux surtout.

. le cancer : il est rare. Les statistiques intertionales oscillent autour de 0,2 % :

UNIVERS. HOSP. CLEVELAND (4500 cas conservateurs) : 0,2 %
(1 cas 22 ans après, 5 cas 18 à 19 ans après, 3 cas moins de 10 ans après)

FUNCK-BRENTANO (734 cas) : 0,2 %

REYCRAFT (4500 hystérectomies) : 0,2 %

RANDALL : 0,9 %

ROUX, MOCQUOT : 0,3 %

Par contre, centres anti-cancéreux :

MAYO CLINIC (1500 cas) : 4,5 %

MOULONGUET : 3,5 %

Donc, dans l'ensemble, un pourcentage assez faible se situant autour de 2 pour mille, mais dépassant rarement 1 % ; c'est ce qui a fait dire à NEFF, qu'au cours de la vie d'un chirurgien, sur 5000 hystérectomies qu'il pourrait réaliser avec castration, il sauvera en moyenne 1 à 3 vies, mais laissera des milliers de femmes en ménopause prématurée.

D'une façon générale, les auteurs ont choisi

en majorité une demi-mesure recommandant : la conservation de tissus ovariens jusqu'à 45 ans, l'ablation au-delà, dans un but carcinologique, arguant de plus qu'à cet âge l'ovaire n'est pratiquement plus fonctionnel.

Ceux qui castrent systématiquement (MUSSET) utilisent volontiers les implants sous-cutanés, qui ne semblent pas être suivis toujours de succès.

Rôle fonctionnel des ovaires restants :

De nombreux auteurs considèrent que la dégénérescence ovarienne suit rapidement l'intervention, rendant le tissu ovarien restant, non actif.
Pour les conservateurs : FUNCK-BRENTANO accorde une survie ovarienne de 3 ans.
LANGERON semble avoir constaté le maintien d'une activité ovarienne satisfaisante, dans plus de 70 % de ses cas.
VAN DEN DRIESSCHE, RANDALL, BANCROFT et MAYER estiment que la secrétion ovarienne peut persister 2 à 7 ans après l'intervention (30 à 34 ans : 4 ans , 45 à 49 ans : 2 ans).
L'hystérectomie ne précipitant pas l'installation dans la ménopause.
DE NEFF a montré par l'étude des frottis vaginaux que l'ovulation persistait longtemps.
Il semble donc que l'activité de l'ovaire restant soit réelle, ce d'autant plus que la femme est plus jeune au moment de l'intervention.

Pour les castrateurs : l'activité dégressive des ovaires, avec leur dégénérescence fait que leur conservation n'offre pas d'intérêt. (MUSSET, NOVAK).
De même CONTAMIN, considérant l'étude anatomopathologique de 268 pièces d'ovariectomies, trouve 178 lésions histologiques et 90 ovaires indemnes sur lesquels, 32 avaient été retirés dans le cadre d'un cancer et 32 sur des femmes ménopausées. Il ne retient, à la fin, que 26 ovaires qu'on aurait pu conserver, soit 9,2 %. Ceci ajouté à leur avenir incertain, ne justifie guère, dit-il, leur conservation.

EN CONCLUSION :

La conservation ovarienne partage bon nombre d'auteurs.
Notre attitude fut plutôt :
conservatrice (sauf lésions annexielles) avant 45 ans,
castratrice au-delà de 50 ans, systématiquement.
Entre 45 et 50 ans, nous tenons compte de l'état macroscopique des ovaires, de l'existence de signes pré-ménopausiques, du désir de la malade.

Sur nos 300 cas (Tableau IX), nous avons été :
conservateurs dans 188 cas, soit 62,7 %
castrateurs dans 112 cas, soit 37,3 %

Nous avons résumé sur un tableau les différentes attitudes actuelles (Tableau X).
Nous verrons plus loin quel fut le confort de nos malades castrées.

c) le drainage

Depuis l'usage des antibiotiques qui refroidissent les lésions infectieuses et simplifient les suites opératoires, le drainage n'a plus la même nécessité qu'autrefois.

Toutefois, plusieurs avantages :

- d'abord le risque infectieux,
- par ailleurs, on constate souvent, en fin d'intervention, des petits suintements séro hématiques, dans les espaces sous-péritonéaux décollés, qui doivent s'évacuer,
- enfin, le drainage permet de voir une hémorragie.

Technique : nous avons dans la quasi totalité des cas réalisé un surjet hémostatique sur les lèvres antérieures et postérieures de la tranche vaginale, donc laissée béante, permettant l'écoulement de ces suffusions sous péritonéales.

Un drain de caoutchouc a été placé dans le vagin et fixé par un point de catgut, à la tranche vaginale, 137 fois, soit 45,6 %.

Le drain tombe spontanément au 6ème - 8ème jour.

Nous n'avons jamais utilisé de lame.

L'inconvénient de ce drainage vaginal est la formation fréquente d'un granulome sur la cicatrice : 46,5 % sur nos 215 hystérectomies totales. Mais celui-ci disparait facilement par une à deux séances de nitratage.

ISRAEL qui porte un soin très particulier à la tranche vaginale, en éversant les bords, a néanmoins 23 % de granulomes.

Quoiqu'il en soit, tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la nécessité d'un drainage et nombreux sont ceux qui ferment la tranche vaginale, si possible, à points non perforants.

LANOS et POITRINAL ont rapporté 1137 cas d'hystérectomies totales, non drainées, sans incidents particuliers, et seulement 4 hématomes sous péritonéaux qui se sont ouverts spontanément au 15ème jour.

HOWKINS et WILLIAMS : 1000 hystérectomies non drainées, avec 3 abcès sous péritonéaux. Ceux-ci estiment que l'absence de drainage améliore le confort des malades, diminue la durée d'hospitalisation et la période fébrile pos-opératoire.

PALMER ferme le dôme vaginal, sans drainage.

Pour notre part, nous n'avons pas eu de complications inhérentes au drainage, à part, le granulome. Quant à la période fébrile post-opératoire, c'est bien souvent l'absence de drainage ou un mauvais drainage qui en est la source, empêchant l'évacuation d'un petit hématome sous péritonéal.

- Enfin, la complexité de l'intervention a nécessité :

3 fois un drainage du douglas (pyosalpinx)

2 drainages du retzius

1 fois un drainage par redon sous péritonéal.

e) La péritonisation

La péritonisation est un temps essentiel de toute chirurgie abdominale, à laquelle nous attachons une particulière attention.

En effet, il faut absolument qu'il n'existe aucune solution de continuité du revêtement séreux, pour éviter :

. la formation d'adhérences,

. une occlusion dans une brèche péritonéale ou,

. une péritonite post opératoire, par diffusion de germes à partir de la tranche vaginale, vers la cavité péritonéale mal isolée.

Nous avons utilisé 3 procédés selon l'état du péritoine :

1° bord à bord : 284 fois, soit 94,6 %

2° CHARRIER-GOSSET : 10 fois, soit 3,3 %

3° Colo-vésicale : 10 fois, soit 3,3 %

Nature des points :

. surjets : 66 fois, soit 22 %

. points séparés : 134 fois, soit 78 %

Matériels utilisés :

. catgut : 260 fois, soit 86,4 %

. soie ou nylon : 40 fois, soit 13,3 %

C'est ici choix d'école ou convenance personnelle.
Certains auteurs (ISRAEL, GOLFINE et PALMER) péritonisent exclusivement par surjet.
Nous pensons que la sécurité des points séparés est supérieure.
Par ailleurs, il semblerait que le catgut soit mieux supporté.
Le choix du matériel, peut dépendre du contexte, en particulier, si l'intervention a lieu en milieu septique, notre préférence va alors aux fils non résorbables, à condition de ne jamais employer de lin, au contact du vagin.

e) Les interventions associées

1 - Cure de Prolapsus

Rappelons quelles ont été nos contre-indications à faire une hystérectomie vaginale :

- un gros utérus,
- un col fixé,
- des antécédents de chirurgie pelvienne, ayant pû laisser des adhérences,
- une association à un kyste de l'ovaire volumineux.

Il a été réalisé 18 cures de Prolapsus dont :

- 5 périnéorraphies antérieures
- 13 colporraphies postérieures avec myorraphie des muscles superficiels du périnée.

5 fois, une cure d'élytrocèle fut associée, dont :

. une douglassectomie, 3 fois.

. un cloisonnement du cul-de-sac de douglas, 2 fois.

2 - cure d'une incontinence

25 fois réparties en :

13 interventions de MARSCHALL - MARCHETTI

Technique : 3 points sont passés de part et d'autre de l'urètre, prenant de chaque côté, la paroi urétrale , et surtout la paroi vaginale. Les fils seront passés dans le périoste de la face postérieure de la symphyse pubienne.

12 interventions de PERRIN

Technique : c'est une fixation de la face antérieure du col et de la vessie, par 3 points étagés, à la paroi abdominale, au niveau de la base de la gaine des droits, au ras du pubis.

Pour 6 de ces malades, il a été fait, en plus, une colpo-périnéorraphie antérieure.

3 - cure d'une élytrocèle

A. L'élytrocèle est de diagnostic souvent difficile.

. si classiquement, c'est une hernie du cul de sac de douglas, refoulant la paroi postérieure du vagin ; le diagnostic est aisé, devant cette colpocèle gargouillante, associée à une faiblesse des releveurs.

. en fait bien souvent, le diagnostic est

plus hésitant, et l'élytrocèle d'autant plus inaperçue qu'elle est modérée.
Ce fut le cas, pour 12 cas de nos malades, sur les 21 élytrocèles opérées.

B. D'autre part, l'élytrocèle s'accompagne généralement d'une défaillance périnéale. Pour H.G. ROBERT le colpocèle postérieur serait constamment associé.
En fait, il a été difficile de préciser l'existence de rectocèle, qui sont mal séparés dans les dossiers, de l'élytrocèle.
Ainsi nous avons trouvé seulement 6 rectocèles sur nos 21 malades.
Par ailleurs : 8 cystocèles, 4 urétrocèles, 2 prolapsus associés, 5 incontinences.

C. Etiologie.
Plusieurs auteurs dont : HUGUIER, H.G. ROBERT, MUSSET, ROCHET, ont constaté la fréquence d'une intervention de cure de prolapsus dans le passé de leur malade, en particulier :
- les pexies utérines antérieures (17 des 30 cas de ROCHET).
En effet, la poussée abdominale entre les ligaments utéro-sacrés étirés, distend le péritoine et crée le sac herniaire.
- mais aussi une triple opération périnéale (14 des 30 cas de ROCHET)

- les malades consultent pour une "récidive" de leur prolapsus (3/4 des cas de ROBERT).
En fait, il est probable que l'élytrocèle existait déjà au moment de la cure de leur prolapsus, sa méconnaissance étant responsable de la "récidive" postérieure.

- Sur nos 21 malades, seules 2 avaient subi une cure de prolapsus :
. la première : une ligamentopexie par le ligament rond
. la seconde : deux hystéropexies (Doleris-Pellanda)

D. Gestes pratiqués.

Principes : réséquer l'excédent péritonéal
: assurer un plancher périnéal solide
: fixer le mobile utéro vaginal.

Nous avons réalisé : 21 interventions :
. 13 exclusions du douglas
. 8 douglassectomies selon JAMAIN et LETESSIER

Temps périnéal associé : 5 fois :
. 4 périnéorraphies postérieures
. 1 périnéorraphie antérieure .

4 - Cure de lésions péritonéales variées

La qualité du péritoine pelvien a été appréciée et notifiée systématiquement sur les compte-rendus opératoires

des trois dernières années de cette étude, plus irrégulièrement sur les deux premières années.

L'exploration a révélé, 12 fois, des lésions péritonéales. Le plus souvent, il s'agissait d'une brèche dans un ligament large, associée à un péritoine pelvien translucide et congestif, et très souvent un varicocèle bilatéral ; enfin une mobilité utérine associée, anormale.
L'ensemble s'inscrivait dans un contexte clinique de douleurs pelviennes.

3 fois, ces lésions ont justifiées un geste complémentaire , qui fut :

. une douglassectomie
. une plicature des ligaments utéro-sacrés.
. une exclusion du cul de sac de douglas.

5 - <u>Autres interventions associées</u>

a) ont été pratiqué : épiplooectomie, 4 fois
: hernie inguinale, 2 fois.

b) Mais, le plus couramment se pose pour de nombreux auteurs, le choix d'une appendicectomie, systématique ou non.
Sur nos 300 cas, 11 avaient déjà été appendicectomisées. Nous n'en n'avons pratiqué que 10.
La majorité des auteurs, américains en particulier, semble

recommander l'appendicectomie prophylactique.

Ainsi : POWELL et HOMES, ISRAEL et GOLFINE, COUNSELLER, KUHN, TANIGUCHI (552 appendicectomies prophylactiques), ALDRIDGE 55,6 % sur 500 cas.

Ces auteurs affirment que ce geste ne majore pas la morbidité, de l'hystérectomie, que les suites opératoires sont identiques, et qu'il est inutile d'ajouter des antibiotiques ; mais déconseillent l'appendicectomie s'il y a eu hémopéritoine (le sang est un excellent milieu de culture).

Notre attitude est donc beaucoup plus modérée, considérant l'appendicectomie nécessaire, seulement lorsque l'appendice est malade ou l'a été.

V - SUITES OPERATOIRES.

Les suites opératoires ont été grevées d'une certaine morbidité. Celle-ci comprend : les incidents mineurs, et les suites compliquées vraies, telles que : phlébites et occlusions.

a) Les Incidents

Trois incidents ont été observés dans les suites opératoires : la fièvre, l'infection urinaire, le délai à la reprise du transit.

1° La fièvre

A propos des réactions fébriles post opératoires de nos malades, nous n'avons pas considéré la petite élévation thermique, autour de 37° 8 des deux premiers jours, qui cède spontanément à la reprise du transit le 3ème jour.

Mais nous avons distingué :

- les malades qui présentaient une température oscillante entre 37° 5 et 38° 2 plus de 3 jours. Nous en avons trouvé 100 cas, soit 33,3 %.
- et celles qui ont eu plus de 38° 5 plus de 3 jours, soit 4 cas.

Ainsi, 34,6 % de nos malades ont présenté une réaction fébrile post opératoire dépassant la date de reprise du transit.

Ces états fébriles ont été une des expressions des complications que nous allons voir, mais à peu près la moitié sont restés sans explications franches, autre qu'un petit hématome sous péritonéal, ou une infection urinaire a minima.

Les variations de la température ont été prises par la majorité des auteurs américains, comme critère de morbidité post opératoire. Nous pensons que c'est là un mauvais critère qui reflète mal l'appréciation des risques opératoires, car les suites opératoires peuvent comporter un petit train fébrile 2 - 3 jours, sans que cela soit "morbide". Leurs chiffres de morbidité "fébrile" sont ainsi assez élevés, et par ailleurs sont une fausse expression de la courbe thermique de leurs malades, car prise sur un laps de temps trop court (température au-dessus de 38° sur 2 jours consécutifs après l'intervention).

2° L'infection urinaire

On doit distinguer :

. les bactériuries asymptomatiques dépistées par l'examen systématique des urines en post opératoire,

. et les infections urinaires, véritables complications.

Signalons que toutes nos malades ont une sonde à demeure pendant l'intervention, laissée 24 heures.

Ainsi, 28 E.C.B.U. sont revenus positifs apportant la preuve d'une infection le plus souvent à proteus vulgaris (9,3 %).
Pour CRISP et SATTENSPIEL, 21 % de leurs malades (sur 807 hystérectomies abdominales) ont eu une infection urinaire. Leur critère était d'avoir au moins 100.000 germes/ml, à l'examen des urines.

Par ailleurs, 13 malades ont présenté une infection urinaire sévère,et traitée en fonction de l'antibiogramme, soit 4,3 %. Ces chiffres sont comparables aux publications :
HOWKINS 7,9 %, mais en fait 4,9 % sévères
ACKEN ZAROU 6,5 %
LANOS 3 %
SMITH 10,6 %

Enfin, nous n'avons eu aucun épisode de rétention d'urines.

3 ° Reprise du transit

Dans l'ensemble nos malades ont repris leur transit le 2ème jour au soir, ou le 3ème au matin.

14 malades (4,6 %) ont eu leur transit retardé au-delà du 3ème jour, sans qu'il y ait un état subocclusif net, et dont l'amélioration et la reprise se sont faites spontanément. Ce retard à la réapparition du transit normal fut volontiers expliqué par un petit hématome sous péritonéal.

En résumé, ces incidents ont grevé le confort de nos malades, mais en rien la durée de leur hospitalisation. Les suites ont été simples pour 80,4 % de nos malades.

b) Les complications

Nous avons résumé sur le tableau XI l'ensemble des complications rencontrées.

1° Pariétales

Nous n'avons noté aucune éventration, en revanche, nous avons colligé 15 abcès de paroi et 17 hématomes de paroi, soit en tout 10,6 %.
Sur les 15 abcès de paroi, 7 sont dus à une intolérance au nylon et 1 à un hématome infecté.
Pour les 17 hématomes pariétaux, tous sont survenus sur des incisions médianes. Parmi celles-ci, 8 patientes recevaient des thérapeutiques variées :

. 4 d'entre elles avaient un traitement anti-inflammatoire,
. 3 recevaient de l'hémoclar,
. 1 des corticoïdes.

Ces traitements ont-ils favorisé les hématomes ?

Nos chiffres sont supérieurs à ceux du tableau XI.(10,6 %)

- CONTAMIN 3,5 %
- ACKEN 3,8 %
- HOWKINS 3,8 %
- KUHN 2,7 %
- LANOS 1%
- ISRAEL 2%

Enfin, nous n'avons jamais drainé le tissu sous cutané sur les médianes. Peut-être est-ce une erreur, chez les obèses en particulier, volontiers hémorragiques. Pour les incisions de Pfannenstiel, le soin particulier donné à la paroi et le drainage, ne nous ont jamais donné de complication.

2° Occlusions

3 malades (1 %) ont fait une occlusion post opératoire. L'une était un simple iléus paralytique qui céda au traitement médical. Les 2 autres étaient des occlusions aigues. Il s'agissait d'occlusion sur brides qui ont nécessité des interventions itératives. Les suites furent simples.

3° Complications thrombo-emboliques

Elles sont rares : 3 phlébites et 2 embolies pulmonaires, soit 1,6 %.

Ces chiffres sont semblables à ceux de la littérature internationale, et plutôt inférieurs à ceux rapportés par les auteurs Français.

Nous n'utilisons jamais les anticoagulants de façon prophylactique, à l'encontre de nombreux auteurs. Les seules exceptions étaient l'existence d'antécédents de phlébites.

Il est actuellement admis que la thrombose se forme en per opératoire et que les anticoagulants, commencés vers le 3ème jour, n'empêchent pas toujours l'apparition d'une embolie pulmonaire.

Il est donc normal, de réserver les anticoagulants aux malades ayant présenté des antécédents ou un terrain prédisposé, et commencer le traitement en per opératoire, sous la forme de petites doses de calciparine. Sinon s'abstenir.

En revanche, nous utilisons les grosses molécules à effet antisludge en post opératoire, pendant 3 jours.

- Sur les 3 phlébites que nous avons rencontrées, une seule avait été mise au traitement prophylactique, ce qui n'a pas empêché son apparition.
- Pour les 2 embolies : l'une est douteuse et n'a pas été confirmée par les examens complémentaires ; la 2ème malade était plus particulière, car dans les suites immédiates elle a fait une rectocolite ulcéreuse, puis une embolie pulmonaire au 2ème jour. Mise au traitement héparinique : extériorisation

d'un hématome périnéal au 8ème jour qui a fait modifier le traitement ; c'est alors que nous avons vu une 2ème embolie, au 12ème jour. Remise à l'héparine, elle a fait alors une hémolyse par agglutinines irrégulières, qu'il a été difficile de juguler.

Quoiqu'il en soit, toutes nos malades sont levées le lendemain de l'intervention. Cette attitude est certainement un geste prophylactique essentiel.

4 ° Complications hémorragiques

Il peut s'agir d'hémorragies de la tranche vaginale ou d'hématomes sous péritonéaux.
Le soin que nous prenons à faire l'hémostase de la tranche vaginale rend exceptionnelle l'hémorragie.
Un seul cas sur 215 hystérectomies totales, qui a cédé à un méchage.

Nous avons rencontré 6 hématomes, dont 3 étaient des complications des anticoagulants . 3 étaient des hématomes sous péritonéaux. Parmi les 3 autres, nous trouvons :

. 1 hématome périnéal après cure de prolapsus,
. 1 hématome du ligament lombo-ovarien,
. 1 hématome du grand épiploon qui nécessita une réintervention.

5° Autres complications

a) Locales : 1,6 % de nos interventions. Il s'agissait :

. 3 fois d'infection sous péritonéale dont la nature a pu être précisée par la culture du drain vaginal. (2 fois à colibacille, 1 fois à staphylo.) Elles se guérirent très simplement grâce au drainage naturel par la tranche vaginale laissée béante.

b) générales :

Une reprise de coronarite.

Une poussée d'hypertension.

Il est plus intéressant de considérer, que nous n'avons eu aucune lésion viscérale importante due à la technique opératoire. Il n'y a eu ni fistule digestive, ni fistule urinaire, ni lésion urétérale connue. Seul le risque urétéral et son atteinte sont difficiles à estimer. Sur les malades revues, quelques unes ont pu avoir une U.I.V de contrôle, qui s'est révélée normale, mais nous n'avons pas de notions sur les atteintes urétérales asymptomatiques de nos malades : RICHARD estime ce risque à 0,1 % avec 3 zones critiques :

- détroit supérieur (péritonisation, hémostase du lombo-ovarien)
- paramètre (ligature de l'artère utérine)
- abouchement urétéro vésical.

6 ° Les réinterventions

Elles sont exceptionnelles : 4 cas

- 2 occlusions sur brides
- 1 hématome du grand épiploon
- 1 abcès de l'ovaire restant.

c) Morbidité - mortalité

La mortalité de cette intervention a été nulle dans notre série. Elle est très faible, dans d'autres séries beaucoup plus importantes. (Elle est en général, le fait d'embolies ou d'infarctus du myocarde).

La morbidité a été estimée en retenant les mêmes critères que les auteurs pris comme référence. Nous notons une morbidité globale de 21,4 %, inférieure à celle de SMITH 24,5 %, KUHN 23,2 % et de KÄSER 32,6 % ; mais supérieure à celle de LANOS 17 % dont les critères sont d'ailleurs un peu différents.
Notre morbidité est inférieure à celle des auteurs américains dont les critères sont plus sévères, en particulier fièvre pendant 48 heures : HOWKINS 30 %, CORNELL 36 %, CRISP 25,7 % et LEVENTHAL 27,3 %.

d) Les traitements dans les suites

1° Antibiotiques

La majorité de nos malades ont reçu au moins 5 jours d'antibiotiques (92 %), le plus souvent pénicilline et colimycine.

Ceci est très discutable. L'antibiothérapie prophylactique n'est pas admise par tous. En effet, il semble que les souches résistantes puissent se sélectionner, augmentant les infections post opératoires. L'efficacité de cette prophylaxie reste donc à démontrer.

Cette attitude est le fait de plusieurs auteurs américains. ROSENHEIN a fait une étude comparative sur 100 hystérectomies abdominales traitées et 100 non traitées, utilisant ampicilline et tétracycline : il a observé une réduction significative (8 %) de la morbidité post opératoire d'origine bactérienne, chez les malades traitées.

ALLEN, RAMPONE et WHEELEN ont comparé un groupe placébo et un groupe traité, soit 168 hystérectomies abdominales. La morbidité des placebos est de 41 %, celle du groupe traité est de 14,1 % ; l'effet des antibiotiques semble efficace sur les complications urinaires et pariétales. Enfin, la réduction de l'hospitalisation de leurs malades traitées est en moyenne de 6 jours !

Ces auteurs pensent que la réduction de leur morbidité est sans relation avec l'expérience chirurgicale.

Au total, l'indication d'antibiothérapie post opératoire, souvent soulevée, est difficile à trancher ; et, s'il ne faut pas adopter de solution systématique, on peut dire :

- que les micro organismes qui se développent, dans la cavité vaginale, sont les mêmes que ceux d'un colon non préparé,
- que la préparation vaginale pré-opératoire n'est pas suffisante pour stériliser le vagin.

L'ouverture de la cavité vaginale est donc un geste septique, que l'antibiothérapie pourrait contrôler.

Enfin, il semble que les antibiotiques provoqueraient un affaissement de la température des deux premiers jours post opératoires.

2° Les anti inflammatoires,
Les anticoagulants

Ils soulèvent la même discussion. Nous avons vu plus haut que nous n'utilisons jamais les anticoagulants de façon systématique.
22 malades ont reçu des anticoagulants (7,3 %).
Pour chacune l'indication était bien précise (coronarite, phlébite, embolie).

Les grosses molécules type Dextrane ont été utilisées à titre préventif dans 13 cas (4,3 %) et volontiers associées, (30 malades) au polyesther de penthosane (hémoclar). Notre attitude s'explique par les nombreuses complications du traitement anticoagulant, dont l'avantage n'est pas évident. DARGENT estime à 18 % les hémorragies sous héparinques. D'autre part, ceux-ci ne sont prescrits que 48 heures après l'intervention, donc largement après la constitution de la thrombose. Certains préconisent ainsi l'emploi d'anti-inflammatoires, type TANDERIL, en guise de prophylaxie.
De nombreux travaux ont essayé de justifier l'héparinothérapie

prophylactique. En fait, le plus souvent, il s'agissait d'interventions à hauts risques thrombogènes (néoplasie) donc sortant du cadre de nos interventions.

Toutefois, certaines techniques récentes étudiant le dosage des produits de dégration de la fibrine, et le fibrinogène marqué, sembleraient démontrer la très grande fréquence de la maladie thrombo embolique (BONEN, PLANTE et KAKKAR).

Dans notre série non traitée, nous n'avons que 1,6 % de complications thrombo emboliques : chiffre inférieur à ceux qui utilisent les anticoagulants à titre systématique (KUHN 4,7 %)

Mais une indication qui pourrait se discuter est celle, chez les femmes utilisant un traitement hormonal, type oestro-progestatif. Pour PITNEY, le risque emboligène serait multiplié par 3 ou 4. Nous pensons qu'il faut attendre deux mois après l'arrêt du traitement pour opérer ces malades.

En résumé, quelque soit la thérapeutique prophylactique, la maladie thrombo embolique n'a pas vraiment diminué de fréquence.
Nous préférons le lever précoce associé éventuellement à des anti-inflammatoires, plutôt qu'un traitement anticoagulant, long, astreignant, demandant une surveillance biologique et aux résultats incertains.

e) La durée d'hospitalisation

La majorité de nos malades (72,4 %) est sortie de l'hôpital au 9ème ou 10ème jour. Pour les 27,6 % restants, l'hospitalisation a dépassé 10 jours. Parmi celles-ci, 6,2 % avaient eu des suites simples et la sortie a été retardée pour des raisons de convenance.

A morbidité égale, le temps d'hospitalisation rapporté par plusieurs auteurs (LEVENTHAL, CRISP, SATTENSPIEL) est très différent et non significatif.
Il est donc difficile d'évoquer un réel parallélisme entre la durée d'hospitalisation et la morbidité.

f) Suites opératoires lointaines

A. CONFORT

Nous avons revu 233 malades (74,3 %) sur les 300. Le rythme des consultations est variable, selon la simplicité des suites. En règle générale, nous revoyons nos patientes un mois après leur sortie, puis tous les 6 mois si tout va bien.
La majorité de ces malades a donc été revue au cours de la première année ; un peu moins de la moitié les 3 et 4 années suivantes.

Nous avons pu ainsi tirer un certain nombre de conclusions, quant au confort de nos malades, et aux conséquences du geste chirurgical.

Il semble que la préparation psychologique des malades ait un rôle important dans le confort des suites opératoires, et le résultat final. Les malades ont la conviction qu'après leur intervention, il ne persistera plus rien de leur affection qui pouvait durer depuis longtemps. Il faut leur expliquer la possible survenue de petits troubles, qu'elles supportent alors plus aisément.
Plusieurs auteurs ont insisté sur l'aspect psychologique de l'intervention, notamment DONOVAN, GRAY, ACKEN et ZAROU, qui attribuent au résultat final autant à la préparation, qu'à l'acte opératoire.

D'autre part, dans l'appréciation des résultats vont intervenir les techniques choisies selon qu'il y a eu :
- ablation du col ou non,
- castration ou conservation des ovaires ou des annexes,
- retentissement sur la statique pelvienne,
- cure de prolapsus et d'incontinence ou non.

1° Etat général

Seules 11 malades ont accusé un fléchissement

net de leur état général, sous la forme d'asthénie, vertiges, nausées, nervosité. 7 de ces malades avaient été castrées.

En fait, il est probable qu'un contexte psychosomatique défavorable devait exister avant l'intervention. Ainsi, CONTAMIN insiste sur l'existence d'un dysfonctionnement général du système nerveux végétatif, les maladies génitales imprimant sur ce trouble un caractère particulier.

2° Les troubles de la castration

- Les bouffées de chaleur : ont été réellement incommodantes pour 30 malades, soit 10 %. (FUNCK-BRENTANO 20 % , CONTAMIN 14 %).

Ces troubles ont cédé facilement aux traitements oestrogéniques à court terme.

- Les variations pondérales : dans l'ensemble il n'y en a pas eu, seules 6 malades se sont plaintes d'une prise de poids, 4 de ces malades avaient été castrées ; le pourcentage est trop faible pour être significatif.

- Les troubles de la sexualité : l'adage populaire veut que la castration supprime la féminité ou la libido et rende difficile l'acte sexuel. La crainte de ne plus être une femme rend compte de l'hésitation devant l'intervention. En fait, un peu de psychothérapie en vient le plus souvent à bout.

Seules 4 malades ont révélé avoir une nette diminution de la libido et de la qualité des rapports sexuels. Aucune cause bien nette n'a été retrouvée, en particulier pas de rétrécissement ou de raccourcissement vaginal.

Inversement, l'intervention a amélioré bon nombre de nos malades, environ le tiers. En effet, une fois débarassées de leurs douleurs ou de la peur d'une nouvelle grossesse, elles voient renaître une libido depuis longtemps disparue.

PLus de la moitié des malades n'ont eu aucun changement dans la qualité de leurs rapports.

3° Douleurs pelviennes

7 malades se sont plaintes de douleurs pelviennes (soit 2,3 %), en général modérées et intermittentes, mais qui n'avaient pas forcément de rapport avec l'intervention. On connait en effet l'incidence de l'arthrose lombo-sacrée dans la genèse de ces douleurs, ainsi que les problèmes de statique pelvienne. Pour 2 malades, on a attribué cette symptomatologie à l'ovaire restant.

B. RESULTATS ANATOMIQUES

Pour chaque malade revue en consultation, l'attention a porté particulièrement sur :

- la cicatrisation du fond vaginal,
- le dépistage d'un cancer du col restant,
- la recherche d'un prolapsus après hystérectomie et surtout le résultat d'une éventuelle cure,
- l'apparition ou la guérison d'une incontinence d'urines.

1° Le fond vaginal

La plupart du temps, quant on revoit les malades un mois après l'intervention, le fond vaginal est souple mais il existe fréquemment une petite induration centrale, en général indolore ; aucune de nos malades n'a signalé une dyspareunie profonde. Par contre, il existait féquemment un granulome du fond vaginal : 100 de nos malades l'ont présenté sur 215 hystérectomies totales, soit 46,5 %. Ces petits bourgeons n'entrainent en général aucune gène, si ce n'est des pertes sanguinolentes, et disparaissent facilement par un nitratage. Certains ont proposé (ISRAEL) pour éviter leur formation, de faire des points éversants sur la tranche vaginale, au catgut chromé. Malgré cela, ils obtiennent quand même 23 % de granulomes.

KUHN qui fait des points séparés sur la tranche obtient aussi 30 % de granulomes.

KIRICUTA réalise un surjet extra muqueux sur la tranche vaginale et n'aurait pas de granulome.

ALDRIDGE 18,1 % .

Ainsi, l'apparition d'un granulome semble fréquente et banale.

2° Le cancer du col restant

Nous avons vu dans un chapitre précédent que le pourcentage de cancérisation moyenne du col restant évolue autour de 8 % ; le cancer resté du col environ 20 %.
Sur nos 85 malades, nous n'avons eu à 5 ans aucun cancer sur col restant.

Citons l'observation d'une malade de 40 ans : elle fut d'abord conisée pour un frottis classe III. L'histologie ayant affirmé l'épithélioma intra épithélial. Cette malade a subi une hystérectomie inter annexielle selon la technique d'ALDRIDGE !
L'examen anatomopathologique de la pièce n'a montré alors aucune lésion maligne.
Deux ans après, elle présentait un frottis vaginal classe V avec une récidive sur sa cicatrice vaginale.
Une curiethérapie a été entreprise, avec succès.

3° Prolapsus après hystérectomie - Résultats des cures de prolapsus à 5 ans

Une bonne technique opératoire prévient l'apparition de prolapsus après hystérectomie. La technique d'ALDRIDGE conserve le système de soutien. Lorsqu'on emploie la technique de WIART, il est bon de réinsérer les ligaments utéro-sacrés et les ligaments de Mackenrodt aux angles du vagin.

Si les conditions anatomiques le nécessitent,

on doit effectuer un cloisonnement du douglas ou une douglas-sectomie.

L'examen anatomique dans les suites opératoires a porté sur :

- la suspension du dôme vaginal,
- l'existence d'un prolapsus du col restant,
- l'état des parois vaginales.

Sur nos 300 malades, nous n'avons eu aucun prolapsus du fond vaginal, ni d'un col restant.

Nous avons observé une élytrocèle qui n'a pas nécessité d'intervention.

Quant aux malades qui ont subi une cure de prolapsus associée (18 cas), 17 ont eu un résultat satisfaisant, la dernière a eu une récidive de cystocèle, mais sans récidive de son incontinence.

En conclusion, nous n'avons eu aucun prolapsus à 5 ans, preuve d'un bon système de fixation du fond vaginal. Mais notre recul est nettement insuffisant.

4° Incontinence d'urines

a) Nous avons constaté l'apparition d'une seule incontinence post opératoire après une fixation du col au disque.

b) 21 incontinences ont été guéries.

c) 4 incontinences après cure par intervention de MARSCHALL MARCHETTI ont été améliorées.

Mme PEYR... 46 ans,

- 1 enfant de 2 kg 500 avec forceps,
- déjà opérée pour un périné postérieur avec cure d'incontinence,
- récidive d'incontinence associée à un fibrome,
- intervention d'ALDRIDGE + MARSCHALL MARCHETTI,
- 2 ans après, petite incontinence d'effort non réopérée.

Mme RON.... 43 ans,

- 1 enfant de 3 kg 300,
- incontinence d'effort associée à des polypes utérins,
- intervention subtotale inter annexielle + MARSCHALL MARCHETTI,
- un an après, réapparition d'incontinence.

Mme BOU.... 67 ans,

- 2 enfants de 3 kg 500 - périnée complet au 1er,
- utéropexie par ligaments ronds (20 ans avant),
- cystocèle + incontinence associée à un fibrome,
- intervention subtotale + annexectomie + périnée antérieur et postérieur + cloisonnement du douglas,
- réapparition d'une incontinence d'effort un an après, non réopérée.

Mme POCH.... 42 ans,

- 4 enfants de 3 kg 700,
- cystocèle 1er degré + urétrocèle + incontinence d'effort associée à des myomes sous muqueux,
- intervention subtotale inter annexielle + MARSCHALL-MARCHETTI + douglassectomie,
- reprise de l'incontinence un an après.

Ainsi, les 4 guérisons incomplètes sont consécutives à une intervention de MARSCHALL-MARCHETTI, 4 cas sur 13 (30,7 %), ce que nous n'avons jamais observé avec la technique de PERRIN qui est réservée aux incontinences légères.
Aucune malade n' a été réopérée.

En résumé, les suites opératoires lointaines des 223 patientes revues sont satisfaisantes, tant au plan du confort que du résultat anatomique (plus de 85 % des cas).
Les quelques points de techniques de prévention d'un prolapsus post opératoire semblent être satisfaisants puisque nous n'avons vu apparaitre aucun prolapsus. Les seuls échecs, à vrai dire très modérées et supportables, concernent les cures d'incontinence.

VI - CONCLUSIONS

Nous avons revu 300 cas d'hystérectomies abdominales effectuées à la Maternité PORT ROYAL, de 1968 à 1972, pour des lésions gynécologiques bénignes, afin d'en préciser les indications actuelles, les différentes techniques et les suites opératoires.

1° L'Age moyen de nos opérées se situe entre 40 et 50 ans : 171 cas, soit 57 % . L'hystérectomie est rare au-dessous de 35 ans : 28 cas, soit 9 % . Ce qui confirme la place de la chirurgie conservatrice à cet âge.

2° La grande indication a été le Fibrome : 186 cas, soit 62 % . Celui-ci a été révélé dans 51,6 % des cas par des ménorragies et dans 18,2 % par des douleurs pelviennes, liées à sa masse ou à une complication. La majorité des patientes porteuses de fibrome a été opérée entre 40 et 50 ans : 62,3 % .

Le rajeunissement du fibrome est indiscutable, mais sa survenue chez les femmes jeunes donne lieu plus volontiers à des myomectomies.

Dans 36 % des cas, l'hystérectomie a été précédée d'un traitement médical qui a échoué, particulièrement lorsque le fibrome était sous muqueux, variété représentant

pour nous une indication opératoire formelle.

L'endométriose n'a constitué que 5 % de nos indications, mais elle a été rencontrée beaucoup plus souvent tant à l'exploration per-opératoire qu'à l'examen anatomo-pathologique : 25 % des cas.

A ce propos, on doit distinguer :

. l'adénomyose difficile à traiter médicalement qui n'est souvent guérie que par une hystérectomie inter-annexielle,

. l'endométriose externe qui réagit bien au blocage de l'ovulation par les oestro-progestatifs.

Les autres indications ont concerné :

a) les polypes intra-utérins : 26 cas, soit 8,6 % .

b) la pathologie annexielle : 21 cas, soit 6,9 % .

c) les dysplasies : 11 cas, soit 3,6 % .

Notre attitude, une fois l'alerte cytologique donnée, est de réaliser une conisation. Nous complétons par une hystérectomie :

- si la tranche de section supérieure passe dans la dysplasie, chaque conisation étant précédée d'un badigeonnage au lugol permettant de préciser la limite inférieure de la lésion,

- si la conisation a trouvé une dysplasie sévère et que la malade a plus de 40 ans.

d) l'épithélioma intra épithélial : 15 cas, soit 5 %, lésion véritablement située à la frontière de nos indications bénignes.

Notre position n'est pas aussi radicale que ceux qui traite la lésion comme un stade I ; nous commençons toujours par faire une conisation.
Celle-ci reste isolée si l'épithélioma intra épithélial est pur et la patiente jeune.
Elle est suivie du traitement classique par curiethérapie, opération de Wertheim et cobaltothérapie s'il existe un cancer invasif.
Elle est volontiers complétée par une hystérectomie totale, avec collerette vaginale, lorsque la patiente est agée de 40 ans ou plus, ou lorsqu'il existe des lésions du corps utérin telles que myomes ou adénomyose.

e) Les syndrômes douloureux pelviens avec lésions du péritoine pelvien : 9 cas, soit 3 % et 17 indications diverses, soit 5,6 % .

Quelque soit l'affection en cause, 74, 9 % des patientes ont été opérées dans l'année qui a suivi le diagnostic de la lésion.

3° Nous avons insisté sur l'examen pré opératoire de nos malades. En effet, il est essentiel de dépister un prolapsus, une incontinence d'urines ou de gaz et d'apprécier la tonicité périnéale avant l'intervention. Ce d'autant que la malade présente des antécédents obstétricaux.

Deux examens ont été intéressants :

. le colpocystogramme, en particulier en cas d'incontinence masquée par un prolapsus,
. l'urétrocystomanométrie utile pour faire la part d'une insuffisance sphinctérienne associée.

Ainsi, 34 prolapsus et 30 cas d'incontinence urinaire d'effort ont été découverts.

4° Nous avons rappelé les avantages et les inconvénients de chaque technique.

a) Notre préférence va à l'hystérectomie totale puisque nous avons colligé :

215 hystérectomies totales, soit 71,7 % dont :

- 135 ont été réalisées selon la technique d'ALDRIDGE : 45 % des cas, et
- 80 ont été réalisées selon la technique de WIART : 26,6 % des cas.

85 hystérectomies subtotales, soit 28,3 %.

b) Notre attitude vis à vis des ovaires a été plutôt :

- conservatrice avant 45 ans, car la fréquence du cancer de l'ovaire restant ne dépasse guère 1 % .
- castratrice au delà de 50 ans.
- entre 45 et 50 ans, nous tenons compte de l'état macroscopique des ovaires, de l'existence de signes pré-ménopausiques et du désir de la malade.

Ainsi, sur nos 300 cas il y eut :

- conservation des ovaires dans 188 cas, soit 62,7 %.
- castration dans 112 cas, soit 37,3 %.

c) Nous sommes restés fidèles au drainage. Dans tous les cas, la tranche vaginale a été laissée béante, après une hémostase soigneuse, réalisant un drainage naturel, assez souvent dirigé par un drain de caoutchouc : 137 fois, soit dans 45,6 % des cas.

d) Nous avons réalisé une péritonisation bord à bord dans 94,6 % des cas, utilisant le plus souvent des points séparés (134 fois, soit 78 %) que nous préférons au surjet.
Nous employons surtout le catgut (86,4 %) , mais aussi des fils de nylon fins. Rappelons que le lin ne doit jamais être employé au contact du vagin.

e) Les interventions associées ont été variées :

- 18 cures de prolapsus, dont 5 périnéorraphies antérieures et 13 périnéorraphies postérieures.
- 25 cures d'incontinence utilisant 13 fois l'intervention de MARSHALL-MARCHETTI et 12 fois l'intervention de PERRIN.
- 21 cures d'élytrocèle dont 13 exclusions du douglas et 8 douglassectomies.

Nous avons insisté sur la difficulté du diagnostic de l'élytrocèle et la fréquence d'une intervention antérieure chez de telles malades.

Enfin, nous n'avons pas fait d'appendicectomie systématique.

5° Les suites opératoires ont été grevées d'un certain nombre d'incidents mais les complications sont rares :

a) Les incidents n'ont en rien prolongé la durée de l'hospitalisation que ce soit :

- <u>la fièvre</u> : 100 patientes ont eu entre 37°5 et 38°2 plus de 3 jours, soit 33,3 % .

- une infection urinaire :

. simple bactériurie dans 9,3 % des cas

. infection sévère dans 4,3 % des cas.

- un délai à la reprise du transit : 14 malades, soit 4,6 % , ont eu leur transit retardé au-delà du 3ème jour.

b) Les complications ont été plus ou moins graves. Nous avons observé :

. des abcès et hématomes de paroi : 10,6 % .

. 3 occlusions, soit 1 % , dont 2 furent opérées (occlusions sur brides).

. 3 phlébites et 2 embolies pulmonaires, soit 1,6 % , dont les suites furent simples.

. 7 complications hémorragiques, soit 2,3 % , sous la forme d'hématomes sous-péritonéaux essentiellement, sans gravité puisque drainés.

Nous n'avons noté aucune lésion viscérale due à la technique opératoire : ni fistule digestive ou urinaire, ni lésion urétérale connue.

c) Le relief de ces suites opératoires permet de fixer la morbidité globale à 21,4 % .

d) Deux types de traitements ont été utilisés dans les suites :

- les antibiotiques ont été administrés dans 92 % des cas. Nous avons rencontré une attitude identique chez plusieurs auteurs, car l'ouverture de la cavité vaginale est un geste septique. Nous pensons que la fréquence de l'antibiothérapie a été excessive dans cette série.

- Nous n'avons jamais employé les anticoagulants sauf indications bien précises.

Seules 22 malades, soit 7,3 % , ont été mises à un tel traitement.
La meilleure technique semble être celle d'une calciparinothérapie commencée en per opératoire, moment même où se forme la thrombose.

Le lever précoce est bien entendu un geste prophylactique essentiel.

e) La durée d'hospitalisation a été de 10 jours pour 72,4 % des opérées.

f) Les suites opératoires lointaines ont pu être appréciées chez 224 malades, soit 74,3 % .

Dans la grande majorité des cas, les malades se sont montrées très satisfaites de leur intervention.

Quelques troubles sont venus émailler cette évolution simple :

- des bouffées de chaleur pour 10 % d'entre elles, qu'un traitement oestrogénique fait rapidement disparaître.
- rarement des douleurs pelviennes.

Il n'y a eu ni variation de poids, ni troubles de la sexualité.

Sur le plan anatomique :

- 46,5 % des patientes ont présenté un granulome sur la cicatrice vaginale, celui-ci a été facilement traité par nitratage.
- Nous n'avons observé aucun prolapsus à 5 ans, mais ceci correspond à une période d'observation trop courte.
- 21 incontinences d'urines ont été guéries et 4 très améliorées.

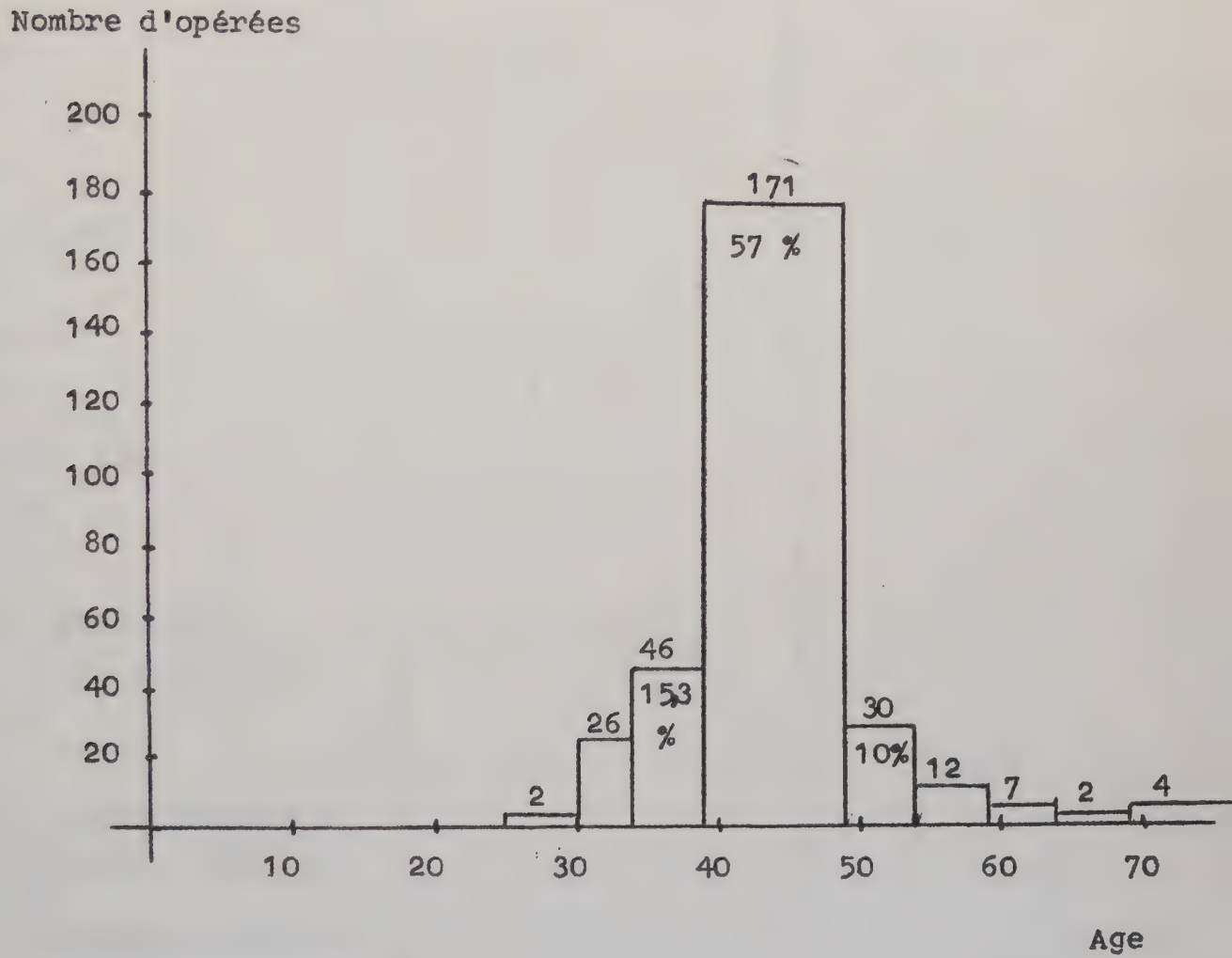
L'Hystérectomie reste donc une intervention efficace à condition que l'indication en soit bien posée et la technique parfaite : 85 % de nos patientes ont eu des suites opératoires simples et des résultats, à distance, très satisfaisants.

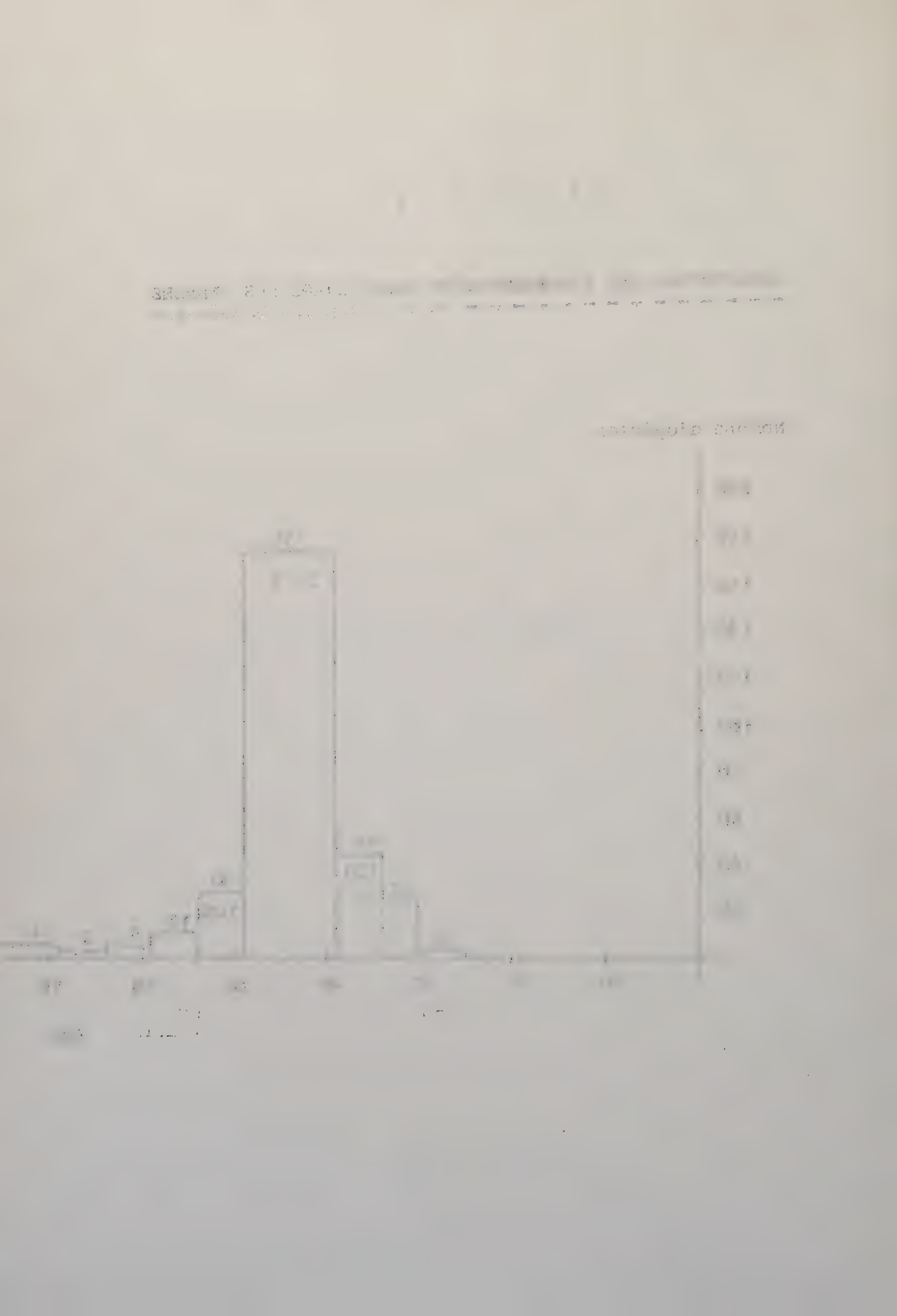
TABLEAUX

TABLEAUX

T A B L E A U I

REPARTITION DES HYSTERECTOMIES SELON L'AGE DES OPEREES





T A B L E A U II

INDICATIONS GLOBALES SUR 300 CAS

INDICATIONS	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
FIBROMES	186	62 %
POLYPES	26	8,6 %
ANNEXITES	10	3,3 % } 6,9 %
TUMEURS OVARIENNES BENIGNES	11	3,6 % }
ENDOMETRIOSE	12 }	5 %
ADENOMYOSE	3 }	
EPITHELIOMA INTRA EPITHELIAL	15	5 %
DYSPLASIES	11	3,6 %
SYNDROME DOULOUREUX PELVIEN AVEC LESION DU PERITOINE	9	3 %
DIVERS :	17	5,6 %
• 3 hyst.après césarienne		
• 7 hémorragies fonctionnelles		
• 1 tuberculose génitale		
• 3 salpingites chroniques		
• 3 associations à un prolapsus.		

T A B L E A U III

COMPARAISON DES INDICATIONS A L'HYSTERECTOMIE ABDOMINALE SELON LES AUTEURS.

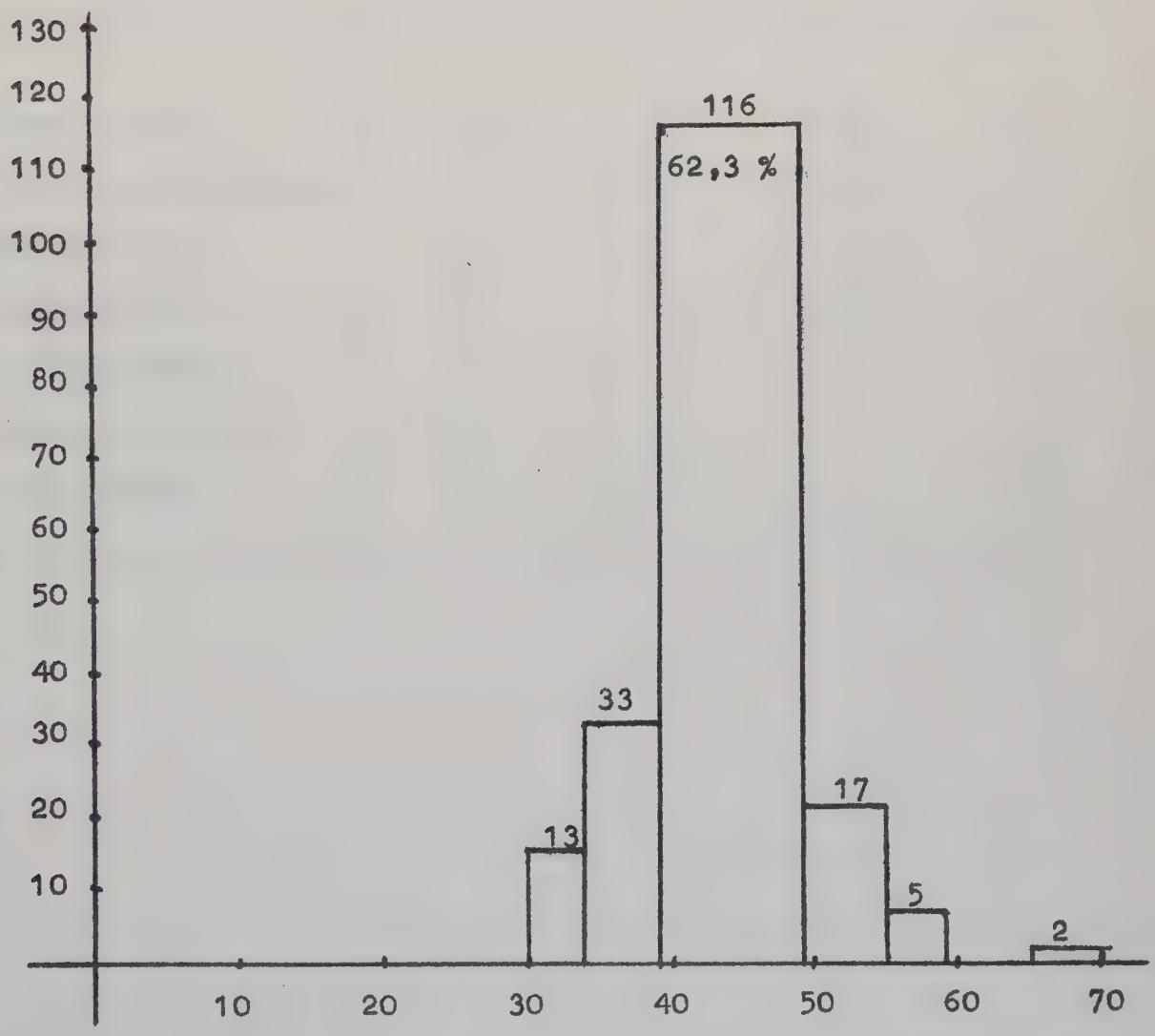
INDICATIONS	HOWKINS WILLIAMS 1000 cas 1953	ISRAFL GOLFINE 200 cas 1957	CONTAMIN 700 cas 1961	ACKEN ZAROU 213 cas 1962	KUHN 400 cas 1969	PORT ROYAL 300 cas 1975
FIBROMES	45,5 %	81 %	51,8 %	63,3 %	58 %	62 %
POLYPES				4,2 %		8,6 %
ANNEXITES	2,9 %	1,5 %		5,1 %	3 %	3,3 %
TUMEURS OVARIENNES BENIGNES	3,6 %	4,5 %	6,6 %	10,3 %	4 %	3,6 %
ENDOMETRIOSE et ADENOMYOSE	19,7 %	8 %		11,26 %	13,5 %	5 %
E.I.E.	0,2 %					5 %
DYSPLASIES						3,6 %
SYND.DOUL.PELV. RECIDIVANT						3 %
DIVERS : .Hémor.fonction.	34,3 %	3,5 %			9 %	1,6 %
.Associa.Prolapsus						1 %
.Obstétricales				1,4 %		2 %
.autres		1 %		4,5 %	1 %	1 %
.rétroversion	0,5 %	0,5 %			2,5 %	0 %

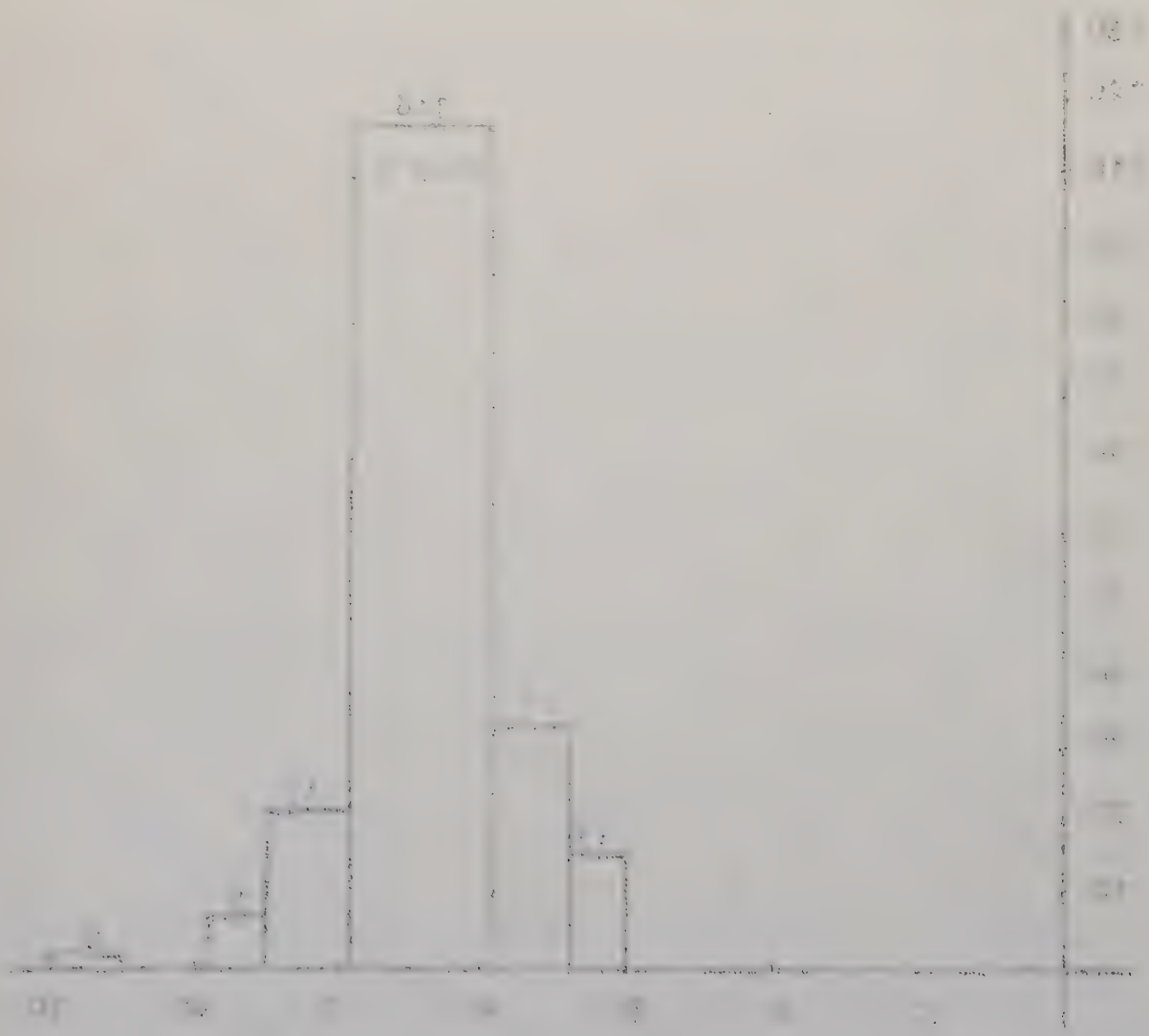
T A B L E A U IV

FIBROMES

AGE DES MALADES AU MOMENT DE L'INTERVENTION

Nombre d'opérées (186 cas)





T A B L E A U V

FIBROMES : 186 cas

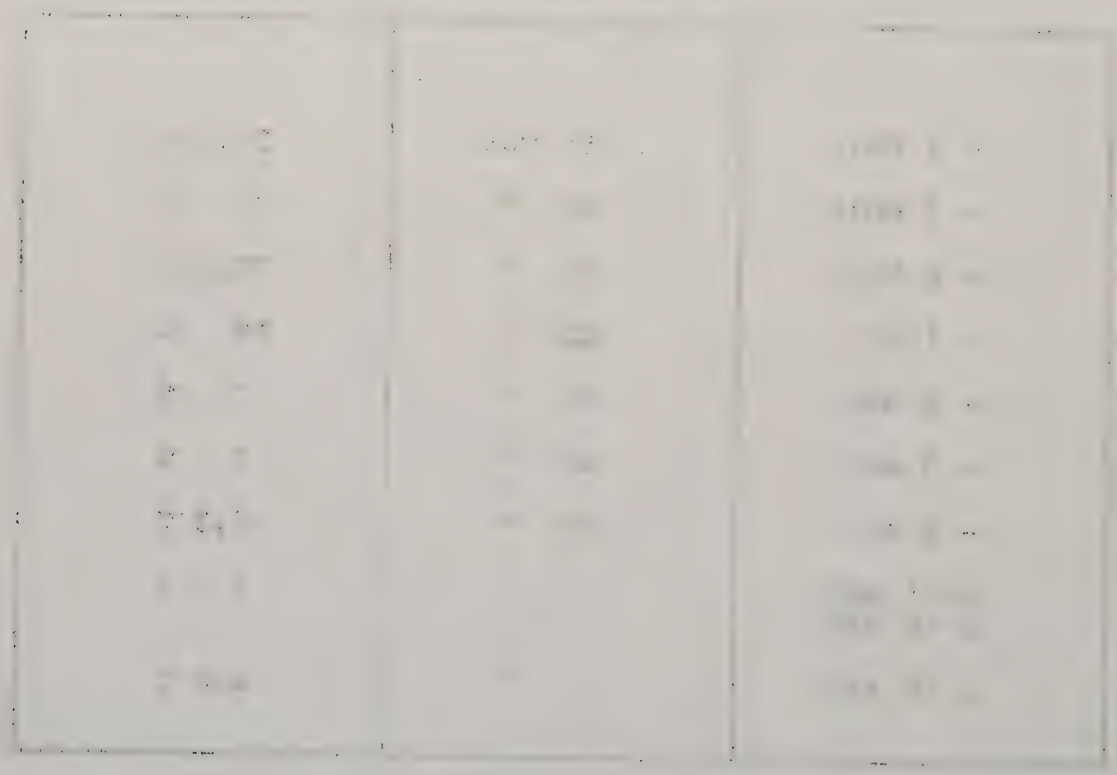
SIGNES CLINIQUES DOMINANTS

MENORRAGIES	96 cas	51,6 %
DOULEURS PELVIENNES	34 "	18,2 %
MASSE ISOLEE	25 "	13,4 %
METRORRAGIES	20 "	10,7 %
DYSMENORRHEES	7 "	
SIGNES URINAIRES	2 "	
DYSPAREUNIES	2 "	

T A B L E A U VI

LATENCE ENTRE DIAGNOSTIC ET INTERVENTION

- 1 MOIS	95 cas	31,6 %
- 3 MOIS	60 "	20 %
- 6 MOIS	37 "	12,3 %
- 1 AN	33 "	11 %
- 2 ANS	21 "	7 %
- 3 ANS	21 "	7 %
- 5 ANS	19 "	6,3 %
de 5 ANS à 10 ANS	6 "	2 %
+ 10 ANS	8 "	2,6 %



T A B L E A U VII

TYPES D'INTERVENTIONS

	sans CONSERVATION	avec CONSERVATION 2 ovaires	avec CONSERVATION 1 ovaire	TOTAL	
H. SUBTOTALES	14	61	10	85	28,3 %
H. TOTALES	98	102	15	215	71,7 %
	112 soit 37,3%	163	25		
dont WIART	80 soit 26,6%	188 soit 62,7%			
ALDRIDGE	135 soit 45 %				

VOIES D'ABORD

MEDIANES SOUS OMBILICALES	260	86,6 %
PFANNENSTIELS	40	13,4 %

T A B L E A U VIII

ATTITUDES RECENTES SUR LA CONSERVATION DU COL

		H.SUBTOTALES	H.TOTALES	Nombre de Cas
SMITH (Chicago)	1952	13 %	87 %	313
GORDON JOHNSON (N.Orleans)	1954	9,3 %	90,7 %	4239
LANOS et POITRINAL	1955	9 %	91 %	1131
CONTAMIN	1961	33,7 %	66,3 %	608
ACKEN et ZAROU	1962	18,3 %	81,7 %	213
HOWKINS et WILLIAMS	1963	0 %	100 %	1000
TE LINDE	1964	4 %	96 %	
ROYAL JUBILLE HOSPITAL (Canada)	1964	44,9 %	55,1 %	767
RODRIGUEZ et PANTALERO (Brésil)	1970	0 %	70 %	1587 (30% H.VAGINALES)
PORT ROYAL	1975	28,3 %	71,7 %	300

TABLEAU IX

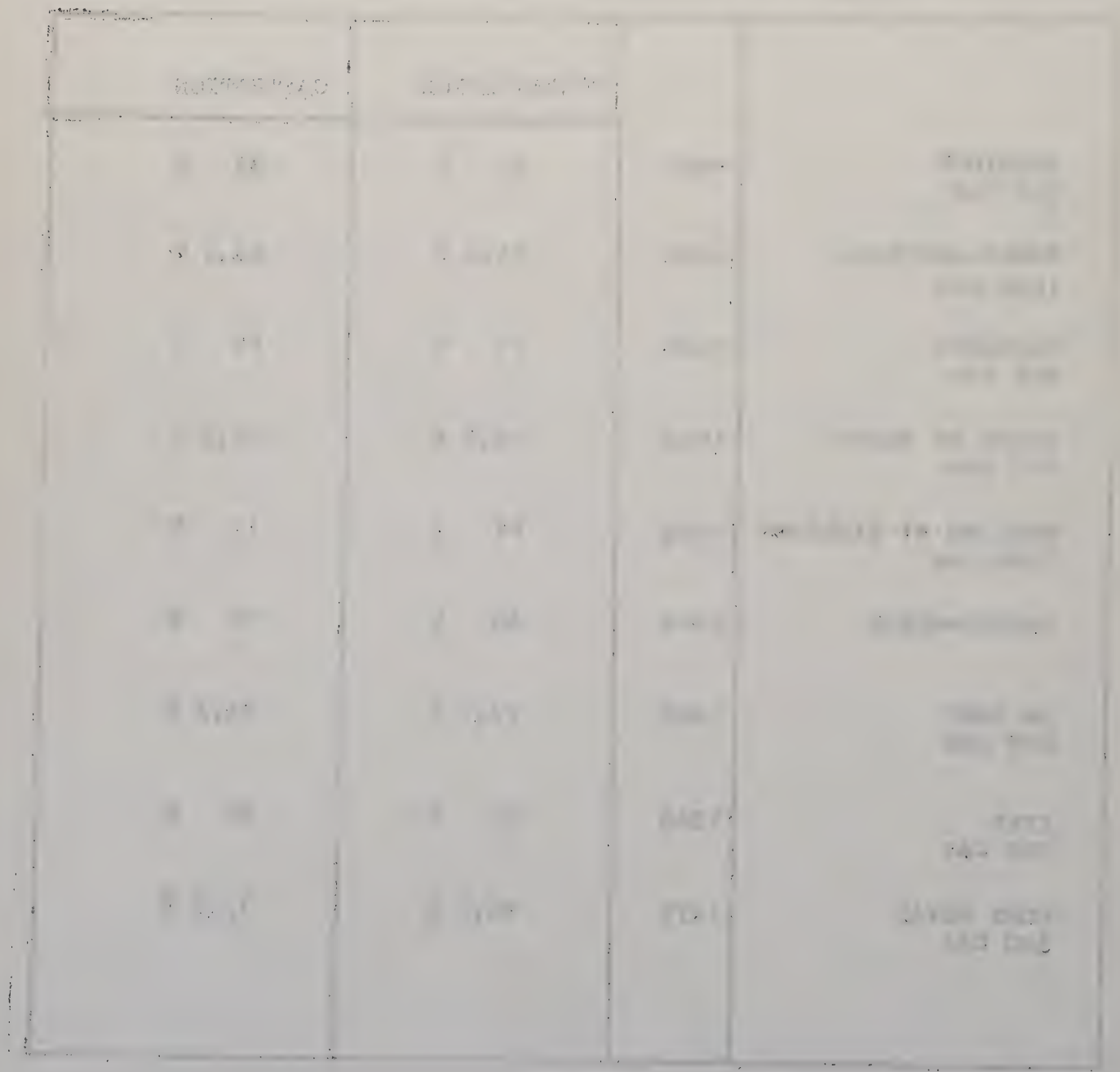
CONSERVATION DES OVAIRES EN FONCTION DE L'AGE

	- de 45 ans	45 à 50 ans	+ de 50 ans	TOTAL
CONSERVATION de TISSU OVARIEN	136	49	3	188 soit 62,7 %
CASTRATION	31	43	38	112 soit 37,3 %

T A B L E A U X

ATTITUDES RECENTES SUR LA CONSERVATION OVARIENNE

		CONSERVATION	CASTRATION
ALDRIDGE 500 cas	1950	65 %	35 %
FUNCK-BRENTANO 1000 cas	1959	73,4 %	24,6 %
CONTAMIN 608 cas	1961	17 %	83 %
ACKEN et ZAROU 213 cas	1962	49,3 %	50,7 %
HOWKINS et WILLIAMS 1000 cas	1963	81 %	19 %
THOYER-ROZAT	1964	30 %	70 %
DE NEFF 207 cas	1966	77,7 %	22,3 %
KUHN 400 cas	1969	50 %	50 %
PORT ROYAL 300 cas	1975	62,7 %	37,3 %



T A B L E A U XI - COMPLICATIONS

COMPLICATIONS	SMITH 1952	CORNELL 1953	LANOS POITRINAL 1955	ISRAEL GOLFINE 1957	HAWKWORTH 1958	CONTAMIN 1961	ACKEN ZAROU 1962	HOWKINS WILLIAMS 1963	KUHN 1969	PORT ROYAL 1975
NOMBRE DE CAS	353	483	1139	200	1000	320	213	1000	400	300
Température + 2j.		36 %	17 %	10 %	32,3 %			30 %		34,6 %
Infections urinaires	10,6 %	1,9 %	3 %		15,8 %		6,5 %	7,9 %	9,7 %	4,3 %
Pariétales	2,6 %	1,2 %	1 %	2 %		5,5 %	3 %	3,8 %	2,7 %	10,6 %
Occlusions	0,3 %			1 %			0 %	0,2 %	0,7 %	1 %
Thrombo-emboliques (Phlébites et embolies)	0,5 %	1,4 %	2,9 %	1 %		4,7 %	0,5 %	2,1%	4,7 %	1,6 %
Hémorragiques		0,4 %	1 %	2,5 %	2 %	0,8 %	1 %	0,7 %	1 %	2,3 %
DIVERS : • respiratoires • cardiaques • hépatiques	4,2 %		3 %	1 %		4,2 %			4,4 %	1,6 %

B I B L I O G R A P H I E

I - ACKEN (HS) - ZAROU (GS)

Hysterectomy for benign lesions
Amer.J.Obstet.Gynec. 1962,84,113-122

2 - ALDRIDGE (AH) - MEREDITH (SR)

Complete abdominal hysterectomy
a simplified technique and end results in 500 cases.
Amer.J.Obstet.Gynec. 1950,59,748-759

3 - ALLEN (JL) RAMPONE (JF) WHEELEN (CR)

Use of a prophylactic antibiotic in elective major gynecologic operations
Obstet.Gynecol. 1972,39,218-224

4 - ALLEN (WM) MASTERS (WM)

Traumatic laceration of uterine support
Amer.J.Obstet.Gynec. 1955,70,500-513

5 - ANDREOLI (C)

Etude des corps jaunes après hysterectomie
Acta.Endoc. 1965,50,60-65

6 - AUVIGNE J.

Cure de l'incontinence orthostatique d'urines de la femme
Encycl.Med.Chir. Techn.Chir.Uro.Gynec. 1971,41780

7 - BANCROFT - LIVINGSTON (C)

Ovarian survival following hysterectomy
J. Obstet.Gynec.Brit.Emp. 1954,61,628-638

8 - BARCLAY DL

Cesarean hysterectomy. 30 years experience
Obstet.Gynec.Janvier 70,35,120-31

9 - BENSON - SNEEDEN

Adenomyosis : a reappraisal of symptomatology
Amer.J.Obstet.Gynec. 1958,76,5,1004-1061

10 - BEREND M.

Etude statistique portant sur 173 cas de cancers sur"col restant" traités à l'Institut Gustave Roussy de 1950 à 1960 (travail de l'institut G.R)
Thèse Paris 1967 n°323 64p.

11 - BERNARD HR, COLE WR

The prophylaxie of surgical infection
(the effect of prophylactic antimicrobial drugs on the incidence of infection following potentially contamined operations)
Surgery 1964,56,151-157

12 - BONEN B. , PLANTE J. , VIDAL N.

Héparine et maladie thrombo-embolique post opératoire. Intérêt, limite de la surveillance biologique de 100 malades suivis par la méthode au Fibrinogène I125.
Nouv. Press. Med. 1974,3,20,1287-1290

13 - BRUX Jean de

Le col utérin - métaplasie - dysplasie
Histopathologie gynécologique. Paris 1971. Chap. 5 p.90-99

14 - CERBONNET G

Traitement des fibromes utérins
Revue du Praticien - 1963,13,26,3105-3185

15 - CERBONNET G. BETHOUX A. HUGUIER M.

Incontinence urinaire d'effort.
J. Gyn.Obst.BIol.Repr. 1972,1,Suppl.1,51-96

16 - de CHAMMARD (J)

Aperçu sur la chirurgie nord américaine.
La place de l'hystérectomie abdominale totale et de l'hystérectomie subtotale dans le traitement des lésions bénignes utéro-annexielles.
Rev.Franc.Gynec. 1964,59,131-138

17 - CLERCX (L)

A propos de l'hystérectomie totale abdominale selon Aldridge.
Bull.Soc.Roy.Belge.Gynec.Obst.1957,27,70-74

18 - CONTAMIN (R) MOULIN (CL) FERRIEUX (J)

Les conditions du "bien être" après hystérectomie.
Gynec et Obstet. 1961,60,451-478

19 - CONTAMIN (R) , FERRIEUX (J)

Peritonisation - drainage
Encycl.Med.Chir. Techn.Chir.Uro.Gynec. 1971,41625

20 - CORNELL (JH) TISCHLER (LP) CARPENTIER (RJ) TERZIAN (P)

A study of five hundred eighteen consecutive hysterectomies.
Amer.J.Obstet.Gynec. 1953,66,138-152

21 - COUNSELLER (VS) HUNT (W) HAIGLER (FH)Jr.

Carcinoma of the ovary following hysterectomy
AM.J.Obst.Gynec. 1955,69,538

AMer.J.Obstet and Gynec. 1955,69,538

22 - CRAWFORD (JB) COLLINS (CG) WEED (JC)

The cervical stump. a analysis of 123 cases.
Surg.Gynec.Obstet. 1949,88,465-472

23 - CRISP (WF) SATTENSPIEL (E)

The morbidity of hysterectomy
Surg.Gynec.Obstet. 1965,120,965-969

24 - CURTIS (WL) SUCKOW (E) HUFFMANN (J)

Abdominal complete hysterectomy
Amer.J.Obstet.Gynec. 1950,59,989-998

25 - DARGENT (D)

Formes précliniques du cancer du col utérin. Place de la conisation dans le diagnostic et le traitement.
Rev.Franç.Gynec. 1971,66,2,123-137

26 - DARGENT (D) SCHMIDT (A) COLOMBANI (R)

Prophylaxie de la maladie thrombo-embolique en gynecologie-obstétrique.
J.Gyn.Obst.Biol.Repr. 1972,1,3,879-886

27 - DAVEO (JP) DESCHAMPS (J)

Le dôme vaginal après l'hysterectomie totale selon la technique d'Aldridge.
Bull.Fed.Soc.Gynec.Obstet.Franç. 1952,4,750-751

28 - DONAVAN JC

Some psychosomatic aspects of obstetrics and gynecology
Amer.J.Obst.Gynec. 1958,75,72-81

29 - DUNN MR.

Prevalence of carcinome arising in the cervical stump
Amer.J.Obstet.Gynec. 1961,82,83-87

30 - FUNCK - BRENTANO P.

L'ovaire restant après hystérectomie.
Bull.Fed.Soc.Gynec.Obst.Franç. 1959,11,5-135

31 - FUNCK - BRENTANO P. MORICARD R. PALMER R. de BRUX J.

E. in situ : rapport du XVème congrès de gynécologie et d'obstétrique.
Bull.Fed.Soc.Gynec.Lang.Franç. 1952,4,1bis

32 - GOSSELIN O. AMELINE A. HUGUIER J.

Les prolapsus génitaux après hysterectomie.
Bull.Fed.Soc.Gynec.Obstet.Franç. 1957,9,253-308

33 - HAYDEN G.E

The incidence of unsuspected asymptomatic thrombophlebitis of pelvic veins associatied with hysterectomy.
Amer.J.Obst.Gynec. 1974,119,3,396-399

34 - HAWKWORTH W. and ROUX JP.

Vaginal hysterectomy
J.Obstet.Gynec.Brit.Emp. 1958,65,214-28

35 - HOWKINS (J) WILLIAMS (D)

Total abdominal hysterectomy
1000 consecutive unselected operations.
J.Obstet.Gynec.Brit.CWlth. 1963,70,20-28

36 - HUGUIER J.

Epithélioma intra épithélial du col utérin : traitement.
Press.Med. 1965,73,n°56

37 - ISRAEL S. GOLFINE S.

An evaluation of intra fascial hysterectomy.
Amer.J.Obstet.Gynec. 1957,74,880-895

38 - JEWETT JF.

Vaginal length and incidence of dyspareunia following total abdominal hysterectomy.
Amer.J.Obstet.Gynec. 1952,63,400-407

39 - JOHNSON (CG) MOLL (ChF) POST (L)

An analysis of 6891 hysterectomies for benign pelvic disease.
Amer.J.Obstet.Gynec. 1956,71,515-535

40 - JONES (HO) DOYLE (LW)

Studies of surgical morbidity.
Abdominal hysterectomy
Amer.J.Obstet.Gynec. 1943,46,160-169

41 - KAKKAR V. FIELDS E.S NICOLAÏDES A.N FLUTE P.T WESSLER S. YIN E.T

Low doses of heparin in prevention of deep vein thrombosis
Lancet. 1971,11,669-671

42 - KÄSER O.

Morbidität und Mortalität der totalen hysterectomie.
Gynaecologia (Basel) 1955,140,195-199

43 - KIRICUTA P.

Une nouvelle technique d'hystérectomie totale simple qui assure au maximum la protection des uretères.
Rev.Franç.Gynec. 1968,63,10,549-553

44 - KUHN A. MULLER G. L'HUILLIER B. BURGER JP. GANDAR R.

Indications et résultats de la technique intra fasciale d'hystérectomie abdominale.
A propos d'une série continue de 400 cas.
Rev.Franç.Gynec. 1969,64,6,325-334

45 - LANGERON P. ASFOUR M. ABOU ATA S.

Enquête sur les résultats éloignés de l'hystérectomie interannexielle.
Bull.Fed.Soc.Gynec.Obstet.Lang.Franç. 1971,23,4,420

46 - LANOS J. POITRINAL M.

Notre technique d'hystérectomie totale. Résultats d'une série continue de plus de 1000 hystérectomies totales non drainées.
Gynec. et Obstet. 1955,54,37-51

47 - LEVENTHAL M.

Total abdominal and vaginal hysterectomy comparison.
Amer J. Obstet.Gynec. 1951,61,289

48 - Mc KINNON (D.A) COUNSELLER (V.S)

Total versus subtotal hysterectomy for benign conditions
Surg. Gynec.Obstet. 1942,74,957-950

49 - MATHUR BB. SHAM BJ.

Adenomyosis uteri ,pathologic study of 290 cases.
Amer J. Obstet.Gynec. 1962,84,12,1820-1829

50 - MORICARD F.

Les troubles de la castration chirurgicale et leur traitement.
Bull.Fed.Soc.Gynec.Obstet.Franç. 1959,11,13-35

51 - MILNE R.M GRIFFITH J MT. GUNN AA.

Post operative deep venous thrombosis
A comparison of diagnostic techniques
Lancet, 1971,11,445-447

52 - MOULONGUET P.

Avantages et limites de la conservation ovarienne dans les hystérectomies.
Bull.Fed.Soc.Gynec.Obstet.Franç. 1958,10,1;29-33

53 - MOUSSELON J. SERVAJEAN F.

Les lésions organiques utérines dans les métrorragies d'apparence fonctionnelle : à propos de 200 hystérectomies.
Soc.Franc.Gynec. 1972,42,7,515-524

54 - MUSSET R.

Indications thérapeutiques dans les fibromes utérins.
Actualités gynécologiques, 1971,1ère série,65-79

55 - MUSSET R.

Adenomyose utérine
Cah.Coll.Med. 1968,9,12,1001-1011

56 - de NEFF JC HOLLENBECK JR.

The fate of ovaries preserved at time of hysterectomy
Amer.J.Obstet.Gynec. 1966,96,1088-1097

57 - NISSEN ED.

a prospective investigation of the etiology of febrile morbidity following abdominal hysterectomy.
AM.J.Obst.Gynecol. 1972,113,11-114

58 - NOVAK E.R. WILLIAMS T.J

Autopsy comparison of cardio vascular changes in castrated and normal women.
AM.J.Obst.Gynec. 1960,80,863

59 - PALMER R.

La technique d'Aldridge pour l'hystérectomie totale abdominale.
Rev.Franç.Gynec. 1951,46,168-174

60 - PARISI R.

Vesical and ureteric injuries associated with benign abdominal hysterectomy.
Brit.J.Urol. 1968,40,487-8

61 - PASINI W.

Psychodynamique de l'hystérectomie.
Bull.Fed.Soc.Gynec.Obst.Lang.Franç. 1970,22 (3) , 281-285

62 - PASTEYER J. LANATA E. BONNARD P. JEAN N. KHEV A. PATEL A.

Détection précoce en traumatologie des thromboses veineuses des Membres Inférieurs,par le fibrinogène marqué.
Nouv.Press.Med. 1975,4,22,1637-1640

63 - PEARSE RL.
Supravaginal hysterectomy
(a statistical survery of 1900 cases)
Surg.Gynec.Obst. 1934,58,845-851

Surg.Gynec.Obst. 1934,58,845

64 - PESCETTO C. et COLL

On radical abdominal hysterectomy operation (analysis of 123 cases
Ann.Ostet.Ginecol. 1970,92,15-29

65 - PHANEUF L.E

Inversion of the vagina and prolapse of the cervix following supra cervical hysterectomy and inversion of the vagina following total hysterectomy.
Amer.J.Obstet.Gynec. 1952,64,739-745

66 - PITNEY WR.

Clinical aspect of thrombo-embolism
Churchill Livingstone ediv. 1973,58-59

67 - POWELL D. HOLMES D.E. BEATH D.M. YARD G.H. NOEL P.J

Incidental appendicectomy in obstétrics and gynecology
Obstet. and Gynec. 1958,12,727-732

68 - QUIVY J.

Hystérectomie totale avec ablation des annexes.
C R . Soc.Franc.Gynec. 1963,33,557-566

69 - RAFY C.

Principes du traitement des hypercoagulabilité par une thérapeutique anticoagulante rationnelle.
Press.Med. 1969,77,17-19

70 - RANDALL CL. GERHARDT PR.

Avenir ovarien après hystérectomie conservatrice.
New York State J.Med. 1953,53,2467

71 - RANDALL C. BIRTCH P. HARKINS J.

Ovarian fonction after menopause
Amer.J.Obst.Gynec. 1957,74,729

72 - REYCRAFT J.L

Discussion : carcinome of ovary following hysterectomy
Amer.J.Obst.Gynec. 1955,69,543

AM.J.Obst.Gynec. 1955,69,543

73 - RICHAUD C. BENADY F. PONTHIEU A. DUCASSON J.

Traumatismes méconnus de l'uretère au cours de la chirurgie gynécologique par voie abdominale.Cancer exclu.
A propos de 10 cas.
J.Urol.Nephro.Paris. 1971,77,640-646

74 - RICHARDSON AG. LYON JB. GRAHAM EE.

Abdominal hysterectomy : relation-ship between morbidity and surgical technique.
AM.J.Obstet.Gynecol. 1973,115,953-51

75 - RICHART R.M

a theory of cervical carcinogenesis
Obstet.Gynec.Surv. 1969,24,874

76 - ROBERT H.G

Les elytrocèles.Tactiques et techniques opératoires.
Encycl.Med.Chir.Techn. Chir.Uro.Gyn. 41,780

77 - ROBERT M. ROCHET Y.

Hystérectomie totale de principe contre subtotale.
Nouv.Press.Med. 1972,1 (2) , 123-126

78 - ROCHET Y. COGNAT M. SERVAJEAN F.

A propos de 30 Elytrocèles
J.Gyn.Obst.Biol.Repr. 1974,3,671-684

79 - RODRIGUEZ FV. PANTALERO AC.

CAT.CLIN,Ginecol.Fac.Med.
Rio de Janeiro. Gynec.Bras. 1970,2/6,238-252

80 - ROSENHEIM G.E

Prophylactic antibiotics in elective abdominal hysterectomy
Amer.J.Obstet.Gynec. 1974,119,3,335-340

81 - ROUVILLOIS JL.

A propos de 115 cas de cancer du col restant, vus dans le service de la Fondation Curie de 1949 à 1968.
Thèse Paris 1970

82 - ROUVILLOIS JL. PILLERON JP.

Le traitement de l'épithélioma intra épithélial du col utérin.
Vie Med. 1971,32, 3749-3758

83 - ROUX G. MOCQUOT A.

de la conservation ovarienne en cours d'hystérectomie.
Bull.Fed.Soc.Gynec.Obstet.Franç. 1959,11,47-54

84 - SERMENT H. RUF H. MAGNIN G. TIACOH M.

Hysterectomie inter annexielle
J.Gyn.Obst.Biol.Repr. 1974,3,247-250

85 - SMITH C.J.

Hysterectomy for benign pelvic conditions
Amer.J.Obstet.Gynec. 1952,64,1211-1221

86 - SOUTOUL JM. BERGER Ch. BERTRAND J.

Syndrôme de Masters et Allen avec désinsertion utérine. Bilan fonctionnel des lésions ligamenteuses et indications opératoires.
J.Gyn.Obst.Biol.Repr. 1974,3,n° 1,13-30

87- SUREAU C. RAVINA JM.

Les hysterectomies abdominales.
Press.Med. 1965,73,1867-1869

88 - TANIGUCHI T. KILKENNY Gs.

Prophylactic appendicectomy in gynécologic abdominal procedures
AM.J.Obst. and Gynec. 1950,60,1359

89 - TE LINDE Rw. and WHARTON LR.

Ovarian function following pelvic operations (an experimental study on monkies)
Am.J.Obst.Gynec. 1960,80,844-853

90 - VANDENDRIESSCHE R.

Exploration hormonale fonctionnelle de l'ovaire restant.
Bull.Fed.Soc.Gynec.Obst.Franç. 1959,11,62-81

91 - VARANGOT J.

Cancer du col utérin. Stade intra épithélial.
F.M.G. Gynec. 597 A10

92 - VARANGOT J.

A propos de 128 observations d'épithélioma in situ.
Press.Med. 28 NOv.1968,76,N°47

93 - VARANGOT J. CEDARD MmeL.

Etude du métabolisme des oestrogènes chez les femmes après hystérectomie.
C.R. Soc.Biol. Paris. 1957,151,1673

94 - VARANGOT J. CEDARD Mme L. PAPIERNIK - BERKHAUER E.

Etude de la durée de vie des corps jaunes après hystérectomie.
BuLL.Fed.Soc.Gynec.Obstet.Lang.Franç. 1968,20 (2) 122-130

95 - VARANGOT J. GRANJON A. CHARTIER M. LOFFREDO V.

Le syndrome de déchirure du ligament large.
Press.Med. 1959,67,1139-1141

96 - VARANGOT J. GIRAUD JR. BIGNON - SCHNIRER J.

Etiologie clinique, biologique et pathologique de l'endométriose génitale (rapport au XXIème congrès de G.Fed. Lausanne.Sept 65)
Bull.Fed.Soc.Gynec.Obstst.Franç. 1965,17,1bis, 239-292

97 - WITTLINGER H.

Vaginal and abdominal hysterectomy report on 1019 hysterectomies from 1966-69 inclusively
Geburtshilfe Frauenheilkd. 1972,32,276-283